S.S.T.E.E.V.

Seguro Social de los Trabajadores de la Educación
del Estado de Veracruz

MANUAL DE
TRÁMITES Y SERVICIOS

Xalapa, Ver., marzo de 2004

INDICE

Presentación 1

Consejo de Administración 3

Directorio 4

Estructura Orgánica 5

Subdirección de Finanzas:
Departamento de Prestaciones Sociales

Solicitud de Afiliación. 7
Solicitud de Préstamo a Corto Plazo. 14
Disposición Testamentaria Activos. 23
Disposición Testamentaria Pensionados. 30
Renovación Credencial de Afiliación. 36
Pago de Póliza por Defunción. 40
Pago de Media Póliza por Defunción. 41
Pago de Media Póliza por Jubilación. 42
Pago del FBC por Retiro. 43
Pago del FBC por Incapacidad. 44
Pago del FBC por Defunción. 45

Subdirección de Comercialización **46**

Ventas a Crédito sin Intereses en Farmacias. **47**
Venta de Medicamentos y Básicos en Farmacias. **52**
Cobro de Servicios Diversos. **53**
Cambio de Cheques Nominativos Oficiales. **54**
Ventas a Crédito de Electrodomésticos. **55**
Ventas de Electrodomésticos. **61**

Relación de Áreas de Atención al Público **62**

Firmas de Autorización **63**

PRESENTACIÓN

El Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz, consciente de la necesidad de ofrecer una mejor atención a sus afiliados y de la importancia de modernizar y mejorar la gestión pública, se abocó a la tarea de elaborar el presente "Manual de Trámites y Servicios", con la finalidad de dar a conocer los servicios que el SSTEEV proporciona y los requerimientos para su trámite, de tal manera que sea un instrumento que coadyuve a brindar una atención cálida y oportuna, además de contribuir al logro de los objetivos institucionales establecidos.

El documento pretende orientar y dotar a los derechohabientes y/o sus beneficiarios solicitantes de un instrumento ágil, al contemplar de manera sencilla y práctica la información de los requisitos que deben cumplir, para obtener el pago de las prestaciones y/o servicios que la Institución otorga en sus Oficinas Centrales, Farmacias y Tiendas de Electrodomésticos.

Los servicios que se incluyen competen a la Subdirección de Finanzas a través del Departamento de Prestaciones Sociales, y a la Subdirección de Comercialización por conducto de las Farmacias y Tiendas de Electrodomésticos. Se especifica, entre otras cosas, el tipo de trámite, tiempo de respuesta, horario, lugar donde se realiza y los requisitos. Para los trámites que lo requieran, se incluyen los formatos a utilizar con su respectivo instructivo de llenado.

La integración de este Manual surge también de la necesidad de darle formalidad a la "Guía del Usuario", elaborada con el propósito de brindarle orientación a nuestros derechohabientes sobre los diferentes servicios que ofrece el SSTEEV y los requisitos para su tramitación.

Por su contenido y orientación, el Manual de Trámites y Servicios estará en permanente actualización, para mantener vigente su utilidad a la comunidad afiliada a este Organismo. Así mismo, para facilitar su consulta, estará también disponible en internet, a través de la página www.ssteev.gob.mx.

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

C.P. FELIPE HAKIM SIMÓN
Presidente

PROFRA. XÓCHITL A. OSORIO MARTÍNEZ
Secretario

C.P. GILBERTO MENDOZA LÓPEZ
Tesorero

PROFR. OSCAR MONCAYO QUIROZ
Vocal

PROFR. ADÁN CÓRDOBA MORALES
Vocal

DIRECTORIO

FELIPE HAKIM SIMÓN

Director-Gerente

GILBERTO MENDOZA LÓPEZ

Subdirector de Finanzas

NAÚ CESSA FIGUEROA

Subdirector de Administración

PORFIRIO JIMÉNEZ HERNÁNDEZ

Subdirector de Comercialización

ARMANDO I. LECUONA RAMÍREZ

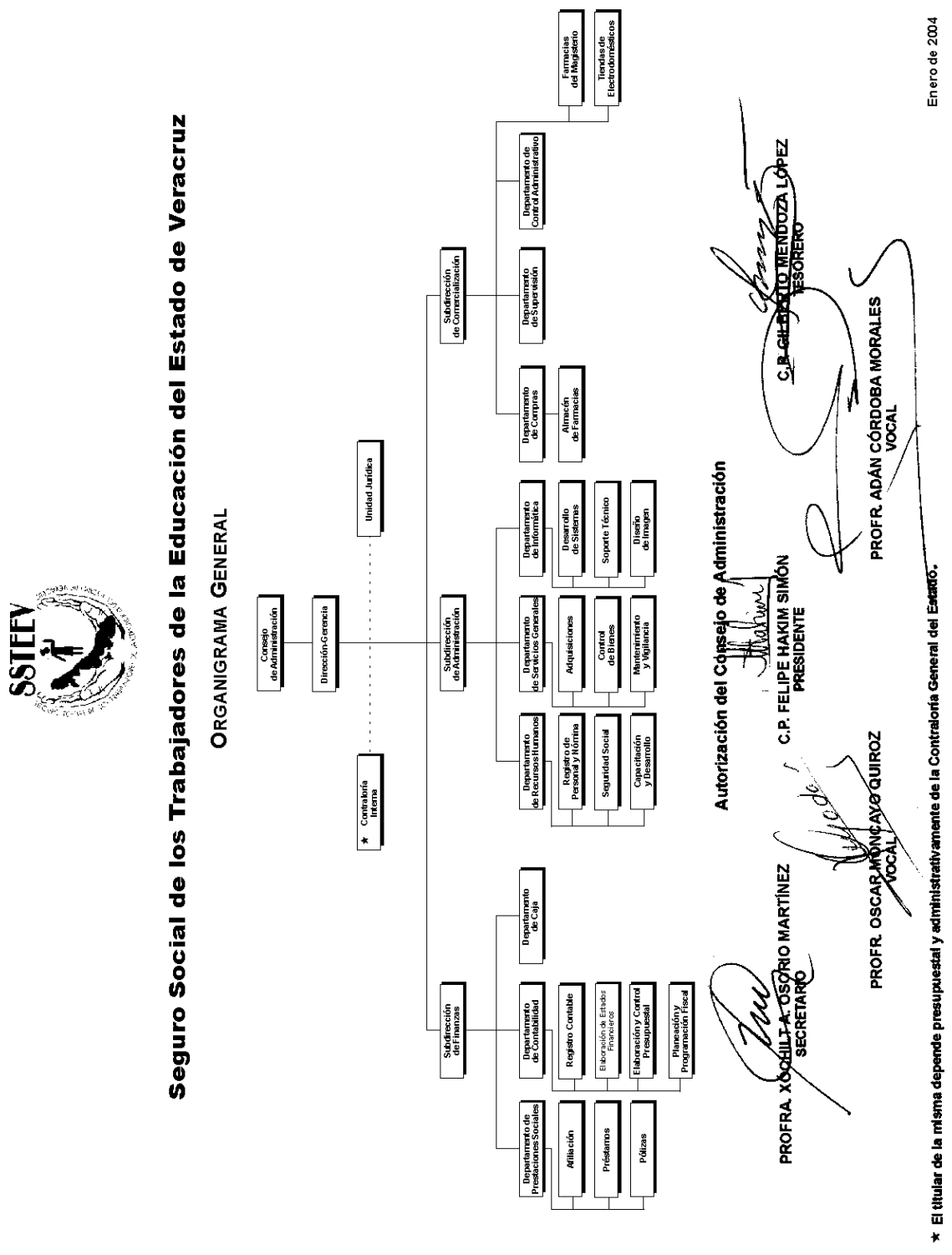
Jefe de la Unidad Jurídica

ELENA LIRA GONZÁLEZ

Encargada de la Contraloría Interna

SALVADOR SANTOYO RAMÍREZ

Asesor de la Dirección-Gerencia


Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz
ORGANIGRAMA GENERAL
Consejo de Administración
Dirección-Gerencia
Unidad Jurídica
★ Contraloría Interna
Subdirección de Finanzas
Departamento de Caja
Departamento de Contabilidad
Registro Contable
Elaboración de Estados Financieros
Elaboración y Control Presupuestal
Planeación y Programación Fiscal
Departamento de Prestaciones Sociales
Afiliación
Préstamos
Pólizas
Subdirección de Administración
Departamento de Recursos Humanos
Registro de Personal y Nómina
Seguridad Social
Capacitación y Desarrollo
Departamento de Servicios Generales
Adquisiciones
Control de Bienes
Mantenimiento y Vigilancia
Departamento de Informática
Desarrollo de Sistemas
Soporte Técnico
Diseño de Imagen
Subdirección de Comercialización
Departamento de Compras
Almacén de Farmacias
Departamento de Supervisión
Departamento de Control Administrativo
Farmacias del Magisterio
Tiendas de Electrodomésticos
Autorización del Consejo de Administración
C.P. FELIPE HAKIM SIMÓN
PRESIDENTE
PROFRA. XOCHITL A. OSORIO MARTÍNEZ
SECRETARIO
C.P. GILBERTO MENDOZA LÓPEZ
TESORERO
PROFR. ADÁN CÓRDOBA MORALES
VOCAL
PROFR. OSCAR MONCAYO QUIROZ
VOCAL
★ El titular de la misma depende presupuestal y administrativamente de la Contraloría General del Estado.
Enero de 2004

SUBDIRECCION DE FINANZAS

DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
SOLICITUD DE AFILIACION AL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ	15 MINUTOS EN VENTANILLA

OBJETIVO DEL TRAMITE
ACREDITARSE COMO DERECHOHABIENTE DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES	AREA DE AFILIACION POR INTERNET EN LA PÁGINA: www.ssteev.gob.mx

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
GRATUITO	♣ CREDENCIAL DE AFILIACION.	TRES AÑOS

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV.	FICHA DE AFILIACION (SF-PS-O1).

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	UBICACION DE LA OFICINA
8:00 A 15:00 HRS.	JOSE MA. MATA No. 2 1er. PISO, ZONA CENTRO. C.P. 91000. XALAPA, VERACRUZ.

REQUISITOS

1. FICHA DE AFILIACION REQUISITADA.
2. DOS FOTOGRAFIAS TAMAÑO INFANTIL.

PRESENTAR COMPLETA LA SIGUIENTE DOCUMENTACION EN ORIGINAL O EN COPIA CERTIFICADA (PREVIO COTEJO DE LA INFORMACION, SERA DEVUELTA AL INTERESADO):

3. ACTA DE NACIMIENTO.
4. HOJA DE INGRESO AL SERVICIO.
5. CREDENCIAL DE IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA Y FIRMA.
6. ULTIMO TALON DE PAGO.

FUNDAMENTO JURIDICO

- ARTS. 3 Y 4 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ .
- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. JORGE ALBERTO CARVAJAL MADERO.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 137.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE FINANZAS.

FICHA DE AFILIACIÓN (SF/PS/01)

SF-PS-01

SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES
DE LA EDUCACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ

FICHA DE AFILIACION

(1) Nombre: _____ (2) No. de Afiliación: _____

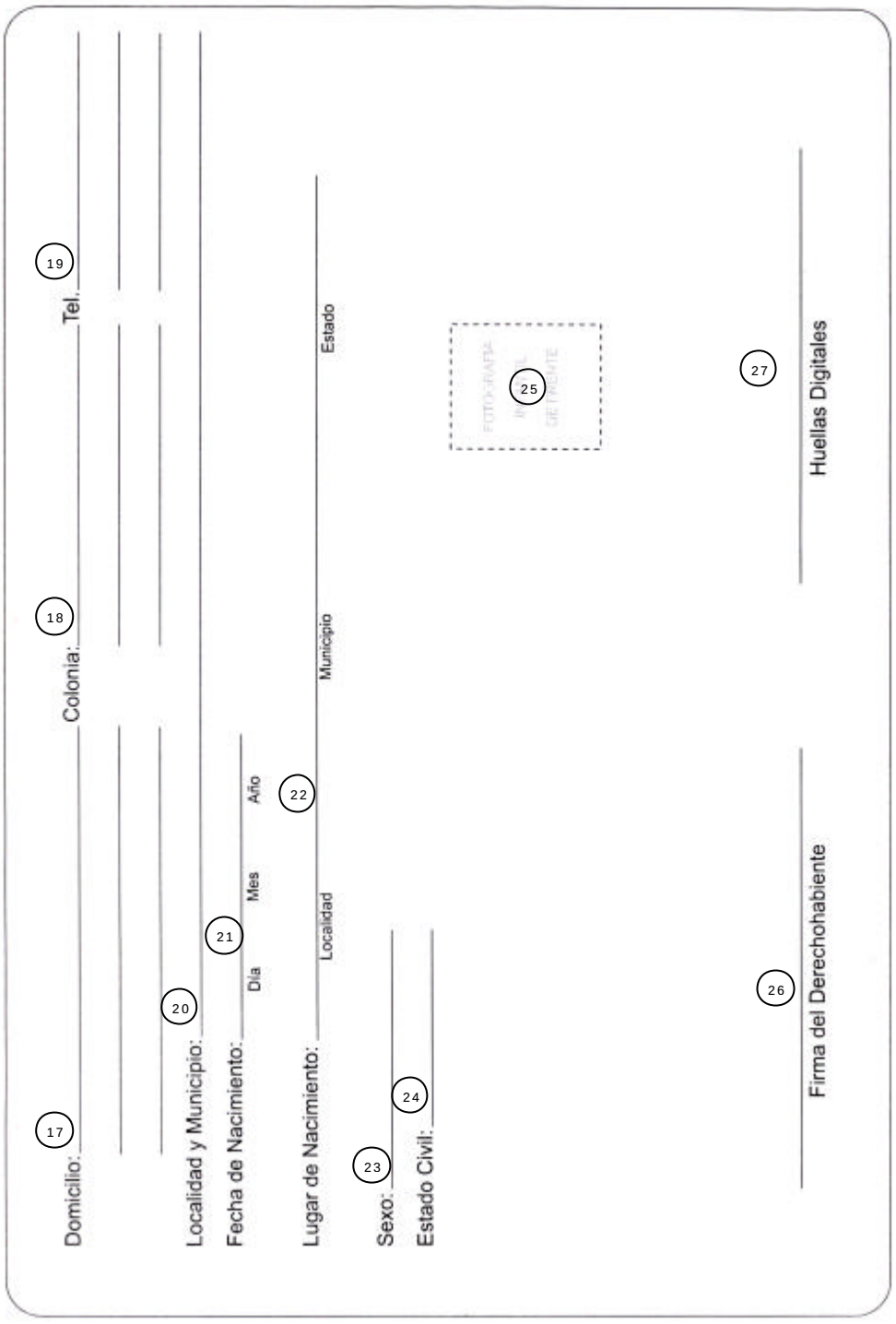
(3) Escolaridad: _____ (4) Categoría: _____

(5) Dependencia: _____ (6) R.F.C. _____ (8) C.U.R.P. _____

(7) Fecha de Ingreso al Servicio: _____

(9) FECHA DE TRAMITE	(10) MOTIVO	(11) ADSCRIPCION	(12) LOCALIDAD	(13) MUNICIPIO	(14) No. PERSONAL	(15) No. PLAZA ó CODIFICACION	(16) SUELDO MENSUAL

FICHA DE AFILIACIÓN (SF/PS/01)



FICHA DE AFILIACIÓN: INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. ***Nombre***

   Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) del derechohabiente.

2. ***No. de Afiliación***

   Para uso exclusivo del SSTEEV.

3. ***Escolaridad***

   Anotar el grado máximo de estudios del derechohabiente.

4. ***Categoría***

   Anotar el nombre del puesto actual del derechohabiente.

5. ***Dependencia***

   Nombre de la Dependencia u Organismo donde laborá el derechohabiente.

6. ***R.F.C.***

   Anotar los dígitos alfanúmericos que integran el registro federal de cocausante del derechohabiente, así como la homoclave correspondiente.

7. ***Fecha de Ingreso al Servicio***

   Anotar la fecha de alta inscrito en la hoja de nuevo ingreso o primer nombramiento.

8. ***CURP***

   Registrar la clave única de registro de población del derechohabiente.

9. ***Fecha de Trámite***

   Anotar la fecha de elaboración del formato ficha de afiliación.

FICHA DE AFILIACIÓN: INSTRUCTIVO DE LLENADO

10. Motivo

Anotar el tipo de movimiento que realiza el derechohabiente (alta, baja, cambio de situación o renovación de credencial, etc.).

11. Adscripción

Registrar el nombre de la escuela, área o centro de trabajo donde labora el derechohabiente.

12. Localidad

Anotar la localidad donde se encuentra ubicado el centro de trabajo del derechohabiente.

13. Municipio

Anotar el municipio al que corresponde la localidad donde se encuentra el centro de trabajo del derechohabiente.

14. Número de Personal

Anotar el número de personal asignado por la Dependencia u Organismo donde laborá el derechohabiente.

15. Número de Plaza o Codificación

Registrar el número de plaza asignado por la Dependencia u Organismo donde laborá el derechohabiente, o codificación que aparece en el talón de cobro.

16. Sueldo Mensual

Anotar la cantidad con número registrada en la partida de sueldos y salarios que aparece en el talón de cobro del derechobiente.

17. Domicilio

Anotar el domicilio particular del derechohabiente, registrando el nombre de la calle (sin abreviar) y número exterior y/o interior.

FICHA DE AFILIACIÓN: INSTRUCTIVO DE LLENADO

18. Colonia

Anotar el nombre de la colonia donde se encuentra ubicado el domicilio particular del derechohabiente.

19. Telefóno

Registrar el número telefónico del domicilio particular o donde se pueda localizar al derechohabiente (incluyendo la clave lada).

20. Localidad y Municipio

Anotar la localidad y municipio del domicilio particular del derechohabiente.

21. Fecha de Nacimiento

Anotar la fecha de nacimiento registrada en el acta de nacimiento del derechohabiente.

22. Lugar de Nacimiento

Anotar el lugar de nacimiento señalado en el acta de nacimiento del derechohabiente.

23. *Sexo*

Registrar el sexo del derechohabiente (masculino o femenino).

24. *Estado Civil*

Anotar el estado civil (soltero o casado) actual del derechohabiente.

25. *Fotografía*

Para Uso Exclusivo del SSTEEV.

26. *Firma del Derechohabiente*

Plasmar la firma autógrafa del derechohabiente (que coincida con la credencial del SSTEEV o elector).

FICHA DE AFILIACIÓN: INSTRUCTIVO DE LLENADO

27. Huellas Digitales

Plasmar las huellas dígitales de los dedos pulgares de ambas manos del derechohabiente.

SOLICITUD DE PRÉSTAMO A CORTO PLAZO

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
SOLICITUD DE PRESTAMOS A CORTO PLAZO	MISMO DIA (SI LA SOLICITUD ES ENTREGADA ANTES DE LAS 12:00 HRS.)

OBJETIVO DEL TRAMITE
OBTENER UN CREDITO A CORTO PLAZO, DEDUCIBLE A TRAVES DE NOMINA

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES	AREA DE PRESTAMOS

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
INTERES DEL 10% ANUAL ANTICIPADO SOBRE SALDOS INSOLUTOS.	♣ ESTADO DE CUENTA. ♣ CHEQUE NOMINATIVO POR CONCEPTO DEL PAGO DEL PRESTAMO A CORTO PLAZO.	HASTA LA LIQUIDACION DEL ADEUDO.

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
DERECHOHABIENTE DEL SSTEEV.	- FORMATO DE PAGARE (SF-PS-02).

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	UBICACION DE LA OFICINA
8:00 A 15:00 HRS.	JOSE MARIA MATA No. 2, PRIMER PISO. ZONA CENTRO. C.P. 91000. XALAPA, VERACRUZ.

REQUISITOS

1. SOLICITUD O PAGARE CERTIFICADA POR LA DEPENDENCIA A QUE PERTENEZCA EL DERECHOHABIENTE.
2. FOTOCOPIA DEL ULTIMO TALON DE COBRO (INTERESADO Y FIADOR).
3. CREDENCIAL DEL SSTEEV ACTUALIZADA (INTERESADO Y FIADOR).
4. EL FIADOR DEL DERECHOHABIENTE DEL SSTEEV, DEBE TENER UNA ANTIGÜEDAD MINIMA DE 5 AÑOS CUMPLIDOS EN EL SERVICIO.

NOTAS:

- ♣ EL FIADOR ACTIVO PUEDE OTORGAR 3 FIRMAS COMO AVAL, EL JUBILADO O PENSIONADO SOLO PUEDE DAR UNA FIRMA COMO FIADOR.
- ♣ EL PENSIONADO O JUBILADO NO NECESITA FIADOR.
- ♣ SI EL SOLICITANTE TIENE ANTIGÜEDAD MAYOR A 15 AÑOS EN EL RAMO EDUCATIVO, NO NECESITA FIADOR.

FUNDAMENTO JURIDICO

- ARTS. 2, 44 AL 47 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. JORGE ALBERTO CARVAJAL MADERO.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 137.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE FINANZAS.

SOLICITUD DE PRÉSTAMO A CORTO PLAZO (SF/PS/02)

SSTEEV

SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ

SOLICITUD DE PRESTAMO A CORTO PLAZO

SF-PS-02

Nombre (1) _____ No. de Afiliación (2) _____
Nombre Completo del Derechohabiente

Empleo(s) (3) _____

Oficina Pagadora (4) _____ Dependencia (5) _____

Sueldo(s) Mensual(es) (6) _____ ((7) _____)
CON NUMERO CON LETRA

DEBO Y PAGARE INCONDICIONALMENTE AL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ, la cantidad de $ (8) _____ ((9) _____) M.N., en calidad de préstamo, suma que cubriré con sus intereses a razón del 10% anual mediante (10) _____ abonos quincenales que autorizo a descontar de mi(s) sueldo(s) a la oficina que me lo(s) paga, con preferencia a cualesquiera otros pagos o deducciones y que lo(s) entregue(n) por mi cuenta al S.S.T.E.E.V. También estoy conforme que en caso de separación del servicio, el último sueldo o sueldos que deba recibir se aplique(n) al pago de adeudo que a esa fecha tenga con dicha institución y que sea(n) retenido(s) por la oficina pagadora y entregado(s) a la misma.

Si por cualquier razón no se me hiciera la retención debida como abono de éste préstamo, me comprometo a hacerlo notar inmediatamente a la oficina pagadora para que lo efectúe y si esto no fuera posible, enteraré en el S.S.T.E.E.V. el abono omitido o depositaré su importe en la Oficina Pagadora.

En caso de separación del servicio o falta de pago de DOS abonos consecutivos, el S.S.T.E.E.V. podrá dar por vencido el plazo de esta operación y exigir el total de la cantidad, más los intereses, desde la fecha de separación o falta de pago, así como los gastos y costos a que haya lugar.

Para caso de juicio me someto a los tribunales de la Ciudad de Xalapa, Ver., Y renuncio expresamente al fuero de mi domicilio y a cualquier otro que la ley me conceda.

(11) _____ (12) _____
LUGAR Y FECHA DOMICILIO

(13) _____ (14) _____ (15) _____
FIRMA DEL DERECHOHABIENTE R.F.C. C.U.R.P.

(16) COBRO PERSONAL ☐ COBRO POR PODER ☐ COBRO CORREO CERT. ☐

Autorizo expresamente para que el cheque que el S.S.T.E.E.V. expida a mi favor, por este concepto, sea cobrado por la persona que para tal efecto designe mi organización sindical denominada: (17) _____

(18) _____
FIRMA DEL DERECHOHABIENTE

Si el cobro es por correo certificado enviar a:
Nombre: (19) _____
Domicilio: (20) _____

CERTIFICACIÓN DEL INTERESADO

Sueldo(s) Base $ (21) _____ Dependencia (22) _____

_____ hace constar que son ciertos y correctos los datos que anteceden; que a la fecha no tiene licencia sin goce de sueldo, no está pendiente de resolución la separación del solicitante, ni tiene como conocimiento de causa alguna como consecuencia de la cual pueda ser separado antes del plazo para el pago de este Préstamo.

_____ de (23) _____ de _____
Día Mes Año

(24) Sello de la Oficina

(25) _____
FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE CERTIFICA

REQUISITOS PARA TRAMITAR UN PRÉSTAMO
-Solicitud debidamente requisitada
-Fotocopia del último Talón de Cobro (Interesado y Fiador)
-Credencial (Interesado y Fiador)

SOLICITUD DE PRÉSTAMO A CORTO PLAZO (SF/PS/02)

PARA USO EXCLUSIVO DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUC, DEL EDO. DE VERACRUZ

OFICINA DE CREDITO Y COBRANZA

DEBE S.E.C. _____ TOTAL _____
I.P.E. _____ BONIF. _____
UNIVERSIDAD _____ NETO _____
S.S.T.E.E.V. _____

(26)

FIRMA DEL EMPLEADO RESPONSABLE

OFICINA DE AFILIACIÓN

No. Personal (27) _____

FIRMA DEL EMPLEADO RESPONSABLE

PARA USO DEL FIADOR

Por medio de la presente me constituyo en fiador liso y llano pagador de la cantidad de
$ (28) _____ ((29) _____)
más los intereses que cause, a razón del 10% anual que por concepto de préstamo reconoce o adeuda:
(30) _____
a favor del S.S.T.E.E.V. no cesando mi responsabilidad hasta que mi fiado haya cubierto debidamente el compromiso contraido a satisfacción de la Institución, bastando en caso contrario, me sean presentados esta fianza y el recibo correspondiente al compromiso de mi fiado para pagarlos, desde luego y si diera lugar a juicio, todos los gastos y costos que se causen serán de mi cuenta y satisfechas con el simple recibo del acreedor, a cuyo efecto renuncio categóricamente a los beneficios que pudiera concederme su parte relativa, el Código Civil y el Código de Comercio.

(31)

_____ a _____ de _____ de _____
Lugar Día Mes Año

Nombre del fiador (32) _____ Número de afiliación (33) _____
Lugar donde presta sus servicios (34) _____ Sueldo(s) base (35) _____
Fecha de ingreso al servicio (36) _____ Ofna. que paga el sueldo (37) _____
Domicilio particular (38) _____

(39) _____
FIRMA DEL FIADOR

CERTIFICACION DEL FIADOR

Sueldo(s) Base $ (40) _____ Organismo (41) _____

hace constar que son ciertos y correctos los datos que anteceden, que no está pendiente de resolución la separación del solicitante, ni tiene como conocimiento de causa alguna como consecuencia de la cual pueda ser separado antes de la conclusión del plazo para el pago de este Préstamo.

_____ de (42) _____ de _____
Día Mes Año

(44) _____
FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE CERTIFICA

Sello de la Oficina

(43)

NOTAS IMPORTANTES

No se tramitará este documento si el interesado y el fiador no están debidamente afiliados al S.S.T.E.E.V.
No se aceptará este documento si contiene raspaduras o enmendaduras.
No se aceptará este documento si para su trámite, si la fecha de certificación de datos del interesado antecede en más de cinco días hábiles a la de su presentación en el S.S.T.E.E.V., ni en el caso de traer alteraciones en cantidades o en los datos de la personalidad del interesado.

PRÉSTAMO A CORTO PLAZO: INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. ***Nombre.***

   Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) del derechohabiente solicitante del préstamo.

2. ***No. de Afiliación***

   Registrar el número de afiliación del derechohabiente asignado por el SSTEEV.

3. ***Empleo (s)***

   Anotar el nombre del puesto actual del derechohabiente.

4. ***Oficina Pagadora***

   Nombre de la oficina que entrega el talón de cobro al derechohabiente.

5. ***Dependencia***

   Nombre de la Dependencia u Organismo donde labora el derechohabiente.

6. ***Sueldo Mensual con número***

   Anotar con número la cantidad registrada en la partida de sueldos y salarios que aparece en el talón de cobro del derechohabiente.

7. ***Sueldo Mensual con Letra***

   Anotar la cantidad con letra registrada en la partida de sueldos y salarios que aparece en el talón de cobro del derechohabiente.

8. ***Debo y Pagaré***

   Registrar con número el importe del préstamo a corto plazo que el derechohabiente contrae con el SSTEEV.

9. ***Debo y Pagaré***

   Anotar con letra el importe del préstamo a corto plazo que el derechohabiente contrae con el SSTEEV.

PRÉSTAMO A CORTO PLAZO: INSTRUCTIVO DE LLENADO

10. Número de Abonos

Anotar con número la cantidad de 10 (diez) abonos quincenales para derechohabientes activos o 5 (cinco) abonos mensuales para pensionados, en los que liquidarán el importe del préstamo a corto plazo.

11. Lugar y Fecha

Anotar la localidad y municipio en donde habita el derechohabiente solicitante y la fecha de elaboración del formato de préstamo.

12. Domicilio

Anotar el domicilio particular del derechohabiente, registrando el nombre de la calle (sin abreviar), número exterior y/o interior, colonia y código postal.

13. Firma del Derechohabiente

Plasmar la firma autógrafa del derechohabiente (que coincida con la credencial del SSTEEV o elector).

14. R.F.C.

Anotar los dígitos alfanúmericos que integran el registro federal de causante del derechohabiente, así como la homoclave correspondiente.

15. C.U.R.P.

Registrar la clave única de registro de población del derechohabiente.

16. Forma de Cobro

Marcar con una "**X**" el recuadro que indique la forma de cobro del préstamo a corto plazo solicitado por el derechohabiente.

17. Nombre del Sindicato

Anotar el nombre o siglas del sincato que represente los intereses del derechohabiente.

PRÉSTAMO A CORTO PLAZO: INSTRUCTIVO DE LLENADO

18. Firma del Derechohabiente

Plasmar la firma autógrafa del derechohabiente (que coincida con la credencial del SSTEEV o elector).

SI EL COBRO ES POR CORREO CERTIFICADO, ENVIAR A:

19. Nombre

Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) del derechohabiente solicitante del préstamo.

20. Domicilio

Anotar el domicilio particular del derechohabiente, registrando el nombre de la calle (sin abreviar), número exterior y/o interior, colonia, código postal y población a la que se remitirá el cheque.

21. Sueldo Base

Para Uso Exclusivo de la Institución que certifica.

22. Dependencia

Para Uso Exclusivo de la Institución que certifica.

23. *Fecha*

Para Uso Exclusivo de la Institución que certifica.

24. *Sello*

Para Uso Exclusivo de la Institución que certifica.

25. *Firma*

Para Uso Exclusivo de la Institución que certifica.

26. *Oficina de Crédito y Cobranza*

Para Uso Exclusivo del SSTEEV.

PRÉSTAMO A CORTO PLAZO: INSTRUCTIVO DE LLENADO

27. Oficina de Afiliación

Para Uso Exclusivo del SSTEEV.

EN CASO QUE EL DERECHOHABIENTE TENGA QUINCE AÑOS DE SERVICIO CUMPLIDOS, NO REQUIERE DE FIADOR

28. Importe del Préstamo con Número

Registrar con número el importe del préstamo a corto plazo que el derechohabiente contrae con el SSTEEV.

29. Importe del Préstamo con Letra

Anotar con letra el importe del préstamo a corto plazo que el derechohabiente contrae con el SSTEEV.

30. Reconocimiento del Deudor

Nombre completo del derechohabiente deudor del préstamo a corto plazo y por el cual el fiador reconoce la responsabilidad, en tanto no haya cubierto el compromiso contraído con el SSTTEV.

31. Lugar y Fecha

Anotar la localidad, municipio y fecha en que el derechohabiente fiador del préstamo está reconociendo la existencia del adeudo contraído por el interesado.

32. Nombre del Fiador

Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) del derechohabiente fiador del préstamo.

33. Número de Afiliación

Registrar el número de afiliación del derechohabiente fiador asignado por el SSTEEV.

PRÉSTAMO A CORTO PLAZO: INSTRUCTIVO DE LLENADO

34. Lugar donde presta sus Servicios

Nombre del centro de trabajo o escuela donde labora el fiador del préstamo.

35. Sueldo Base

Anotar la cantidad con número registrada en la partida de sueldos y salarios que aparece en el talón de cobro del derechohabiente fiador.

36. Fecha de Ingreso al Servicio

Registrar el día, mes y año de ingreso al servicio del derechohabiente fiador.

37. Oficina que paga el Sueldo

Anotar el nombre de la Oficina o Dependencia que cubre el sueldo del fiador (SEC, UV, IPE O SSTEEV).

38. Domicilio Particular

Anotar la calle, número exterior y/o interior, colonia, localidad y municipio se ubica el domicilio del derechohabiente fiador.

39. Firma del Fiador

Plasmar la firma autógrafa del derechohabiente fiador (que coincida con la credencial del SSTEEV o elector) que otorga su consentimiento a la solicitud del préstamo.

40. Sueldo Base

Para Uso Exclusivo de la Institución que certifica al fiador.

41. Dependencia

Para Uso Exclusivo de la Institución que certifica al fiador.

42. Fecha

Para Uso Exclusivo de la Institución que certifica al fiador.

PRÉSTAMO A CORTO PLAZO: INSTRUCTIVO DE LLENADO

43.*Sello*

Para Uso Exclusivo de la Institución que certifica al fiador.

44.*Firma*

Para Uso Exclusivo de la Institución que certifica al fiador.

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
DISPOSICION TESTAMENTARIA DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ	5 MINUTOS EN VENTANILLA

OBJETIVO DEL TRAMITE
DESIGNAR BENEFICIARIOS PARA EL PAGO DE LAS PRESTACIONES POR DEFUNCION Y/O EN SU CASO POR EL FONDO DE BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS (F.B.C.)

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES	AREA DE POLIZAS

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
GRATUITO	♣ COPIA DE HOJA TESTAMENTARIA.	A VOLUNTAD DEL DERECHOHABIENTE O LA DEFUNCION

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
DERECHOHABIENTES DEL STEEV.	HOJA TESTAMENTARIA (SF-PS-03) PARA TRABAJADORES ACTIVOS O (SF-PS-04) PARA JUBILADOS.
HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	**UBICACION DE LA OFICINA**
8:00 A 15:00 HRS.	JOSE MA. MATA No. 2 PLANTA BAJA ZONA CENTRO. CP. 91000. XALAPA, VERACRUZ.

REQUISITOS

PRESENTAR COMPLETA LA SIGUIENTE DOCUMENTACION EN ORIGINAL O EN COPIA CERTIFICADA:

1. HOJA TESTAMENTARIA CERTIFICADA POR UNA AUTORIDAD QUE TENGA FE PUBLICA (NOTARIO O JUEZ).
2. ACTA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO.
3. ULTIMO TALON DE CHEQUE.

FUNDAMENTO JURIDICO

- ARTS. 43 Y 48 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. JORGE ALBERTO CARVAJAL MADERO.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 118.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE FINANZAS.

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA PARA DERECHOHABIENTES ACTIVOS (SF/PS/03)

SSTEEV

SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA PARA DERECHOHABIENTES ACTIVOS

SELLO DEL SINDICATO QUE GESTIONA EL TRAMITE

El que suscribe: (1) _____
Nombre Completo del Derechohabiente

No. de Personal: (2) _____ R.F.C. (3) _____ C.U.R.P. (4) _____

Domicilio: (5) _____

Población: (6) _____ Municipio: (7) _____

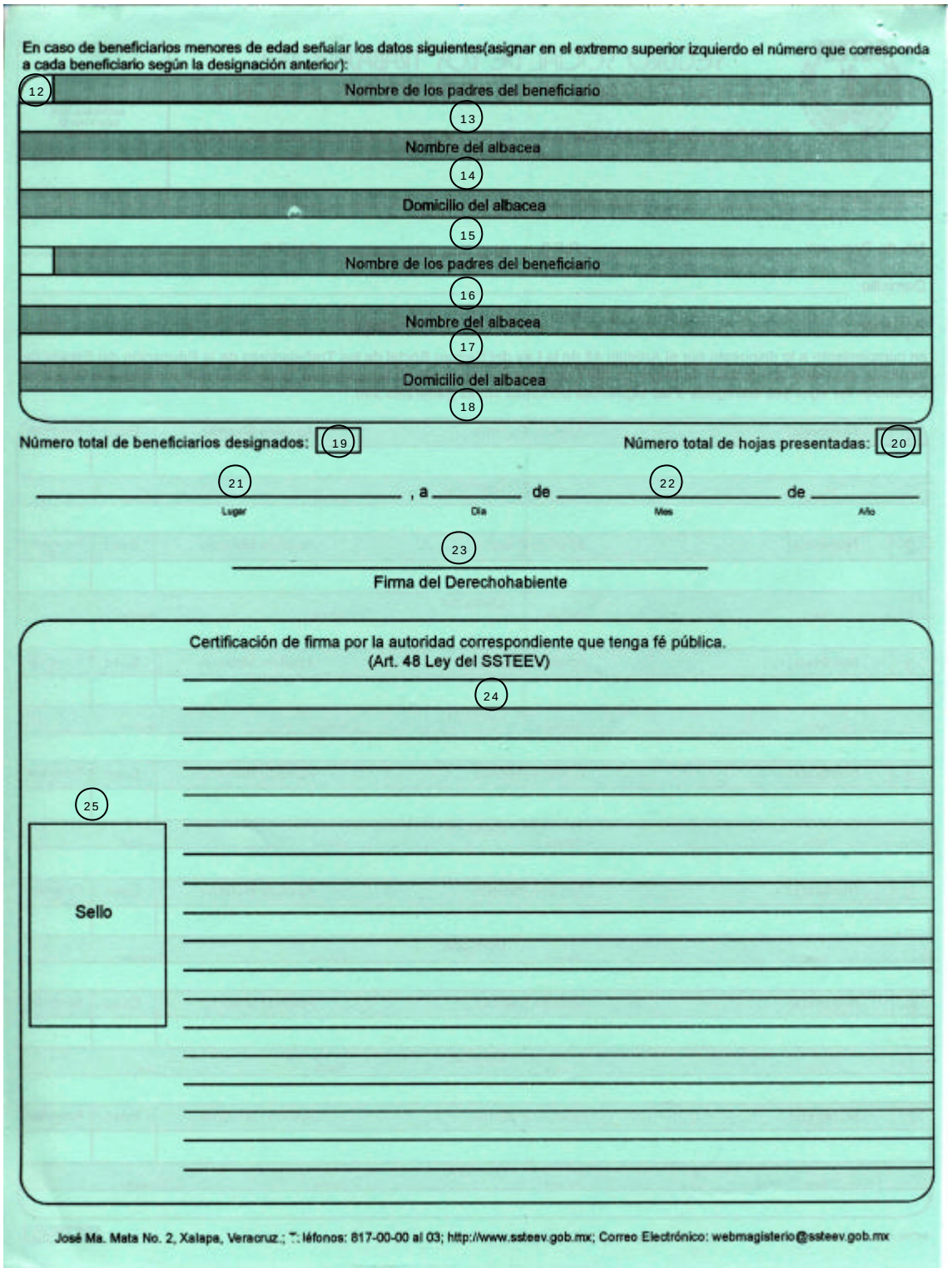
en cumplimiento a lo dispuesto por el Artículo 48 de la Ley del Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz, expedida con fecha 8 de Mayo de 1967, dispone que al ocurrir su fallecimiento, la cantidad que constituya la Póliza de Defunción en vigor sea entregada a las siguientes personas cuyas generales son:

	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
1	(8)			(9)	(10)
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	
	(11)				
2	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	
3	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	
4	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	
5	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	
6	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	
7	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	

NOTA: Presentar por duplicado y certificada por autoridad que tenga fé pública.

SF-PS-03

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA PARA DERECHOHABIENTES ACTIVOS (SF/PS/03)



En caso de beneficiarios menores de edad señalar los datos siguientes(asignar en el extremo superior izquierdo el número que corresponda a cada beneficiario según la designación anterior):

12 Nombre de los padres del beneficiario

13

Nombre del albacea

14

Domicilio del albacea

15

Nombre de los padres del beneficiario

16

Nombre del albacea

17

Domicilio del albacea

18

Número total de beneficiarios designados: 19

Número total de hojas presentadas: 20

21 _____ , a _____ de 22 _____ de _____

Lugar Día Mes Año

23

_____

Firma del Derechohabiente

Certificación de firma por la autoridad correspondiente que tenga fé pública.
(Art. 48 Ley del SSTEEV)

24

25

Sello

José Ma. Mata No. 2, Xalapa, Veracruz.; Teléfonos: 817-00-00 al 03; http://www.ssteev.gob.mx; Correo Electrónico: webmagisterio@ssteev.gob.mx

TESTAMENTO PARA DERECHOHABIENTES ACTIVOS: INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. ***Nombre del Derechohabiente***

   Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) del derechohabiente que ha formulado su testamento.

2. ***No. de Personal***

   Anotar el número de personal asignado por la Dependencia u Organismo donde laborá el derechohabiente.

3. ***R.F.C.***

   Anotar los dígitos alfanúmericos que integran el registro federal de causantes del derechohabiente, así como la homoclave correspondiente.

4. ***CURP***

   Registrar la clave única de registro de población del derechohabiente.

5. ***Domicilio***

   Anotar el domicilio particular del derechohabiente, registrando el nombre de la calle (sin abreviar) y número exterior y/o interior.

6. ***Población***

   Anotar el nombre de la comunidad o localidad donde se encuentra ubicado el centro de trabajo del derechohabiente.

7. ***Municipio***

   Anotar el municipio al que corresponde la localidad donde se encuentra el centro de trabajo del derechohabiente.

8. ***Nombre del (los) Beneficiario (s)***

   Registrar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) de la persona que habrá de recibir el beneficio de la póliza de defunción.

TESTAMENTO PARA DERECHOHABIENTES ACTIVOS: INSTRUCTIVO DE LLENADO

9. Edad

Anotar la edad de la persona designada para recibir el beneficio de la póliza de defunción, de acuerdo con su acta de nacimiento.

10. Porcentaje

Registrar la proporción porcentual asignada al beneficiario sobre el monto de la póliza de defunción.

11. Domicilio

Anotar el domicilio particular del derechohabiente, registrando el nombre de la calle (sin abreviar), número exterior y/o interior, colonia, código postal y localidad de la persona que habrá de recibir el importe de la póliza de defunción.

12. Número del Beneficiario Menor (es) de Edad

Anotar el (los) número (s) del (los) beneficiario (s) menor (es) de edad registrado (s) en el punto número 8 del presente formato y que correspondan al mismo padre derechohabiente.

13. Nombre de los Padres del Beneficiario

Registrar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) de los padres del (los) menor (es) de edad anotados en el punto número 12 del presente formato (SF-PS-03).

14. Nombre del Albacea

Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) de la persona designada como albacea del (los) beneficiario (s) menor (es) de edad.

15. Domicilio del Albacea

Registrar el domicilio particular de la persona albacea, registrando el nombre de la calle (sin abreviar), número exterior y/o interior, colonia, código postal y localidad, donde se ubica su residencia.

TESTAMENTO PARA DERECHOHABIENTES ACTIVOS: INSTRUCTIVO DE LLENADO

16. Nombre de los Padres del Beneficiario

Registrar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) de los padres del (los) menor (es) de edad anotados en el punto número 12 del presente formato (SF-PS-03).

17. Nombre del Albacea

Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) de la persona albacea del (los) beneficirio (s) menor (es) de edad.

18. Domicilio del Albacea

Registrar el domicilio particular de la persona albacea, registrando el nombre de la calle (sin abreviar), número exterior y/o interior, colonia, código postal y localidad, donde se ubica su residencia.

EN CASO DE EXISTIR MÁS DE DOS BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD, SOLICITAR AL DEPTO. DE PRESTACIONES SOCIALES DEL SSTEEV MÁS HOJAS DEL FORMATO SF-PS-03.

19. Total de Beneficiarios

Anotar el número total de beneficiarios designados por el derechohabiente.

20. Total de Hojas

Anotar el número de hojas utilizadas por el derechohabiente.

21. Lugar

Anotar el nombre del municipio, en donde se esta solicitando el trámite.

22. *Fecha*

Registrar el día, mes y año en que se está formulando la disposición testamentaria.

23. *Firma del Derechohabiente*

Plasmar la firma autógrafa del derechohabiente (que coincida con la credencial del SSTEEV o elector).

24. ***Certificación de Firma***

Para Uso Exclusivo de la Autoridad que tenga fé pública.

25. ***Sello***

Para Uso Exclusivo de la Autoridad que tenga fé pública.

Nota: Por acuerdo del Consejo de la Judicatura del Tribunal Superior de Justicia (8 de mayo de 2001), la certificación de disposiciones testamentarias del SSTEEV quedan exentas del pago de derechos.

Los lugares donde se puede hacer esta certificación son:

- ***Juzgados de Primera Instancia,***
- ***Juzgados Menores y***
- ***Municipales.***

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA PARA PENSIONADOS (SF/PS/03)

SSTEEV

SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA PARA PENSIONADOS

SELLO DEL SINDICATO QUE GESTIONA EL TRAMITE

El que suscribe: (1) _____
Nombre Completo del Pensionado

No. de Pensión: (2) _____ R.F.C. (3) _____ C.U.R.P. (4) _____

Domicilio: (5) _____

Población: (6) _____ Municipio: (7) _____

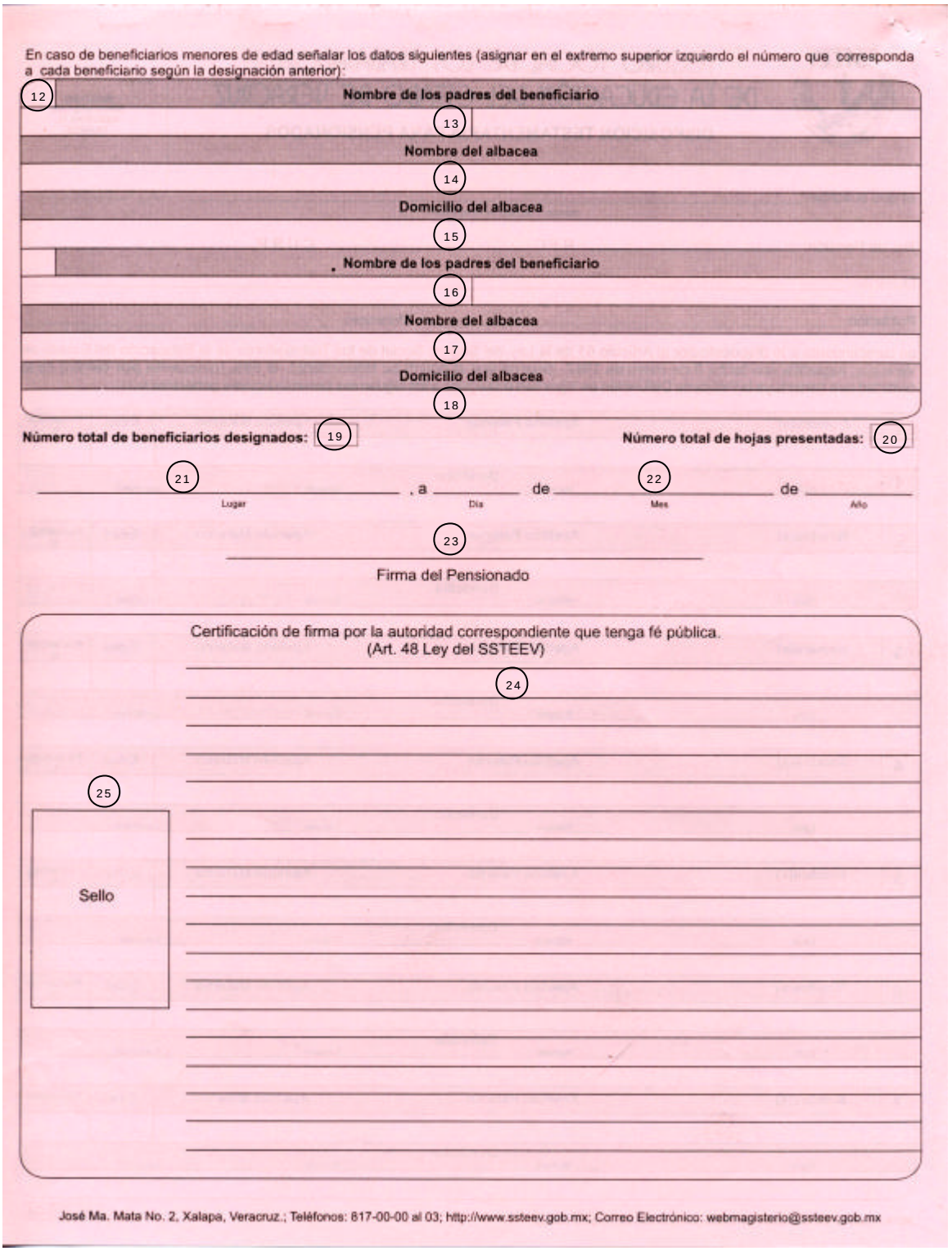
en cumplimiento a lo dispuesto por el Artículo 61 de la Ley del Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz, expedida con fecha 8 de mayo de 1967, dispone que al ocurrir su fallecimiento, **el 50% (cincuenta por ciento)** de la cantidad que constituya la Póliza de Defunción en vigor sea entregada a las siguientes personas cuyas generales son:

	Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno	Edad	Porcentaje %
1	(8)			(9)	(10)
	Domicilio: Calle	Número (11)	Colonia	Localidad	
2					
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	
3					
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	
4					
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	
5					
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	
6					
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	
7					
	Domicilio: Calle	Número	Colonia	Localidad	

NOTA: Presentar por duplicado y certificada por autoridad que tenga fé pública.

SF-PS-04

DISPOSICIÓN TESTAMENTARIA PARA PENSIONADOS (SF/PS/03)



En caso de beneficiarios menores de edad señalar los datos siguientes (asignar en el extremo superior izquierdo el número que corresponda a cada beneficiario según la designación anterior):

12 **Nombre de los padres del beneficiario**

13

Nombre del albacea

14

Domicilio del albacea

15

Nombre de los padres del beneficiario

16

Nombre del albacea

17

Domicilio del albacea

18

Número total de beneficiarios designados: 19 **Número total de hojas presentadas:** 20

21 _____ (Lugar), a _____ (Día) de 22 _____ (Mes) de _____ (Año)

23

_____

Firma del Pensionado

Certificación de firma por la autoridad correspondiente que tenga fé pública.
(Art. 48 Ley del SSTEEV)

24

25

Sello

José Ma. Mata No. 2, Xalapa, Veracruz.; Teléfonos: 817-00-00 al 03; http://www.ssteev.gob.mx; Correo Electrónico: webmagisterio@ssteev.gob.mx

TESTAMENTO PARA PENSIONADOS: INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. ***Nombre del Pensionado***

   Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) del derechohabiente que ha formulado su testamento.

2. ***No. de Pensión***

   Anotar el número de pensión asignado por el Instituto de Pensiones del Estado al derechohabiente.

3. ***R.F.C.***

   Anotar los dígitos alfanúmericos que integran el registro federal de causantes del derechohabiente, así como la homoclave correspondiente.

4. ***CURP***

   Registrar la clave única de registro de población del derechohabiente.

5. ***Domicilio***

   Anotar el domicilio particular del derechohabiente, registrando el nombre de la calle (sin abreviar) y número exterior y/o interior.

6. ***Población***

   Anotar el nombre de la comunidad o localidad donde se encuentra ubicado el domicilio del derechohabiente.

7. ***Municipio***

   Anotar el municipio al que corresponde la localidad donde se encuentra el domicilio del derechohabiente.

8. ***Nombre del Beneficiario***

   Registrar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) de la persona que habrá de recibir el beneficio de la póliza de defunción.

TESTAMENTO PARA PENSIONADOS: INSTRUCTIVO DE LLENADO

9. Edad

Anotar la edad de la persona designada como beneficiaria de la póliza de defunción, de acuerdo con su acta de nacimiento.

10. Porcentaje

Registrar la proporción porcentual asignada al beneficiario sobre el monto de la póliza de defunción.

11. Domicilio

Anotar el domicilio particular del beneficiario, registrando el nombre de la calle (sin abreviar), número exterior y/o interior, colonia, código postal y localidad de la persona que habrá de recibir el importe de la póliza de defunción.

12. Número del Beneficiario Menor (es) de Edad

Anotar el (los) número (s) del (los) beneficiario (s) menor (es) de edad registrado (s) en el punto número 8 del presente formato y que correspondan al mismo padre derechohabiente.

13. Nombre de los Padres del Beneficiario

Registrar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) de los padres del (los) menor (es) de edad anotados en el punto número 12 del presente formato (SF-PS-03).

14. Nombre del Albacea

Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) de la persona designada como albacea del (los) beneficirio (s) menor (es) de edad.

15. Domicilio del Albacea

Registrar el domicilio particular de la persona albacea, registrando el nombre de la calle (sin abreviar), número exterior y/o interior, colonia, código postal y localidad, donde se ubica su residencia.

TESTAMENTO PARA PENSIONADOS: INSTRUCTIVO DE LLENADO

16. Nombre de los Padres del Beneficiario

Registrar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) de los padres del (los) menor (es) de edad anotados en el punto número 12 del presente formato (SF-PS-03).

17. Nombre del Albacea

Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) de la persona albacea del (los) beneficirio (s) menor (es) de edad.

18. Domicilio del Albacea

Registrar el domicilio particular de la persona albacea, registrando el nombre de la calle (sin abreviar), número exterior y/o interior, colonia, código postal y localidad, donde se ubica su residencia.

EN CASO DE EXISTIR MÁS DE DOS BENEFICIARIOS MENORES DE EDAD, SOLICITAR AL DEPTO. DE PRESTACIONES SOCIALES DEL SSTEEV MÁS HOJAS DEL FORMATO SF-PS-04.

19. Total de Beneficiarios

Anotar el número total de beneficiarios designados por el derechohabiente.

20. Total de Hojas

Anotar el número de hojas utilizadas por el derechohabiente.

21. Lugar

Anotar el nombre del municipio, en donde se esta solicitando el trámite.

22. *Fecha*

Registrar el día, mes y año en que se está formulando la disposición testamentaria.

23. *Firma del Pensionado*

Plasmar la firma autógrafa del derechohabiente (que coincida con la credencial del SSTEEV o elector).

24. ***Certificación de Firma***

Para Uso Exclusivo de la Autoridad que tenga fé pública.

25. ***Sello***

Para Uso Exclusivo de la Autoridad que tenga fé pública.

Nota: Por acuerdo del Consejo de la Judicatura del Tribunal Superior de Justicia (8 de mayo de 2001), la certificación de disposiciones testamentarias del SSTEEV quedan exentas del pago de derechos.

Los lugares donde se puede hacer esta certificación son:

- ***Juzgados de Primera Instancia,***
- ***Juzgados Menores y***
- ***Municipales.***

RENOVACIÓN DE CREDENCIAL DE AFILIACIÓN

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
RENOVACION DE CREDENCIAL DE AFILIACION AL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ	15 MINUTOS EN VENTANILLA

OBJETIVO DEL TRAMITE
ACREDITARSE COMO DERECHOHABIENTE DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES	AREA DE AFILIACION. POR INTERNET EN LA PAGINNA www.ssteev.gob.mx

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
GRATUITO	• CREDENCIAL DE AFILIACION.	TRES AÑOS

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV.	FICHA DE AFILIACION (SF-PS-01)

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	UBICACION DE LA OFICINA
8:00 A 15:00 HRS.	JOSE MA. MATA No. 2 1er. PISO. ZONA CENTRO. C.P. 91000. XALAPA, VERACRUZ.

REQUISITOS
1. UNA FOTOGRAFIA TAMAÑO INFANTIL A COLOR O BLANCO Y NEGRO. 2. ULTIMO TALON DE PAGO.

FUNDAMENTO JURIDICO
• ARTS. 1, 3, 4 Y 23 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES								
ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. JORGE ALBERTO CARVAJAL MADERO.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT.137.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE FINANZAS.

CREDENCIAL DE AFILIACIÓN

CREDENCIAL DE AFILIACIÓN: INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. *Fotografía*

Fotografía tamaño infantil del derechohabiente

2. *No. de Afiliación*

Registrar el número de afiliación del derechohabiente asignado por el SSTEEV, y se integra por diez caracteres alfa numéricos de la siguiente manera (de izquierda a derecha):

a) Los primeros dos dígitos, corresponden al año de nacimiento del derechohabiente.
b) Los siguientes dos dígitos, se asignan de acuerdo al año de ingreso al servicio.
c) El siguiente dígito es una letra M o F, que corresponde al sexo (masculino o femenino) del derechohabiente.
d) Los últimos cinco caracteres corresponden al número consecutivo asignado por la Institución.

3. *Nombre.*

Anotar el apellido paterno, materno y nombre completo (sin abreviar) del derechohabiente.

4. *R.F.C.*

Anotar los dígitos alfanúmericos que integran el registro federal de causante del derechohabiente, así como la homoclave correspondiente.

5. *Firma del Derechohabiente*

Plasmar la firma autógrafa del derechohabiente (que coincida con una identificación oficial).

6. *Lugar y Fecha de Expedición*

Anotar el nombre de la localidad y la fecha en donde se elabora la credencial.

7. *Vigencia*

Registrar el mes y año en que estará vigente la credencial que acredita al derechohabiente como afiliado al SSTEEV.

8. Firma del Director-Gerente

Plasmar la firma autógrafa del Director-Gerente del SSTEEV.

PAGO DE PÓLIZA POR DEFUNCIÓN

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
PAGO DE LA POLIZA POR DEFUNCION	7 DIAS HABILES A LA INTEGRACION DE LA DOCUMENTACION

OBJETIVO DEL TRAMITE
HACER EFECTIVO EL PAGO DEL 100% DE LA POLIZA POR DEFUNCION A LOS BENEFICIARIOS

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES	AREA DE POLIZAS

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
GRATUITO	▲ CHEQUE NOMINATIVO POR CONCEPTO DEL PAGO DE LA PRESTACION.	NO EXISTE PRESCRIPCION DE LA PRESTACION

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
BENEFICIARIOS DE DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV.	NINGUNO

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	UBICACION DE LA OFICINA
8:00 A 15:00 HRS.	JOSE MA. MATA No. 2 PLANTA BAJA, ZONA CENTRO. C.P. 91000. XALAPA, VERACRUZ.

REQUISITOS

1. OFICIO DE SOLICITUD DE LOS BENEFICIARIOS DIRIGIDO AL DIRECTOR GERENTE DEL SSTEEV EN ORIGINAL Y COPIA.

PRESENTAR COMPLETA LA SIGUIENTE DOCUMENTACION EN ORIGINAL O EN COPIA CERTIFICADA:

2. BAJA POR DEFUNCION EXPEDIDA POR LA DEPENDENCIA DONDE LABORABA.
3. HOJA CURRICULAR DE SERVICIOS.
4. ACTA DE NACIMIENTO DEL DERECHOHABIENTE.
5. ACTA DE DEFUNCION DEL DERECHOHABIENTE.
6. ACTA DE NACIMIENTO DE LOS BENEFICIARIOS.
7. COPIA DE LA DISPOSICION TESTAMENTARIA DEL SSTEEV O RESOLUCION JUDICIAL (SUCESION TESTAMENTARIA).
8. ULTIMO TALON DE CHEQUE.

FUNDAMENTO JURIDICO

- ARTS. 48 A 54 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. JORGE ALBERTO CARVAJAL MADERO.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 118.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE FINANZAS.

PAGO DE MEDIA PÓLIZA POR DEFUNCIÓN

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
PAGO DE LA MEDIA POLIZA DE DEFUNCION	7 DIAS A LA INTEGRACION COMPLETA DE LA DOCUMENTACION

OBJETIVO DEL TRAMITE
HACER EFECTIVO EL PAGO DEL 50% COMPLEMENTARIO DE LA POLIZA DE DEFUNCION A LOS BENEFICIARIOS

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES	AREA DE POLIZAS

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
GRATUITO	▲ CHEQUE NOMINATIVO POR CONCEPTO DEL PAGO DE PRESTACION.	NO EXISTE PRESCRIPCION DE LA PRESTACION

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
BENEFICIARIOS DEL DERECHOHABIENTE O PENSIONADO	NINGUNO

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	UBICACION DE LA OFICINA
8:00 A 15:00 HRS.	JOSE MA. MATA No. 2 PLANTA BAJA, ZONA CENTRO. C.P. 91000. XALAPA, VERACRUZ.

REQUISITOS

1. OFICIO DE SOLICITUD DE LOS BENEFICIARIOS DIRIGIDO AL DIRECTOR GERENTE DEL SSTEEV.

PRESENTAR COMPLETA LA SIGUIENTE DOCUMENTACION EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA:

2. CANCELACION DE PENSION EXPEDIDA POR EL IPE.
3. ACTA DE DEFUNCION DEL ASEGURADO.
4. ACTA DE NACIMIENTO DE LOS BENEFICIARIOS.
5. COPIA DE LA DISPOSICION TESTAMENTARIA O DE LA RESOLUCION JUDICIAL.

FUNDAMENTO JURIDICO

- ARTS. 61 Y 62 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. JORGE ALBERTO CARVAJAL MADERO.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 118.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE FINANZAS.

PAGO DE MEDIA PÓLIZA ANTICIPADA POR JUBILACIÓN

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
PAGO DE MEDIA POLIZA ANTICIPADA POR JUBILACION	7 DIAS HABILES A LA INTEGRACION COMPLETA DE LA DOCUMENTACION.

OBJETIVO DEL TRAMITE
HACER EFECTIVO EL PAGO DEL 50% ANTICIPADO DE LA POLIZA DE DEFUNCION A LOS DERECHOHABIENTES AL PENSIONARSE

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES	AREA DE POLIZAS

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
GRATUITO	♣ CHEQUE NOMINATIVO POR CONCEPTO DEL PAGO DE PRESTACION.	NO EXISTE PRESCRIPCION DE LA PRESTACION

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV.	NINGUNO

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	UBICACION DE LA OFICINA
8:00 A 15:00 HRS.	JOSE MA. MATA No. 2 PLANTA BAJA, ZONA CENTRO. CP. 91000. XALAPA, VERACRUZ.

REQUISITOS

1. OFICIO DE SOLICITUD DEL DERECHOHABIENTE DIRIGIDO AL DIRECTOR GERENTE EN ORIGINAL Y UNA COPIA

PRESENTAR COMPLETA LA SIGUIENTE DOCUMENTACION EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA:

2. BAJA DEL SERVICIO (POR JUBILACION O PENSION EXPEDIDA POR LA DEPENDENCIA DONDE LABORABA).
3. HOJA CURRICULAR DE SERVICIOS.
4. ACUERDO DE PENSION DEL IPE.
5. ACTA DE NACIMIENTO.
6. ULTIMO TALON DE CHEQUE.

FUNDAMENTO JURIDICO

- ARTS. 55 AL 60 Y DEL 63 AL 66 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ.
- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. JORGE ALBERTO CARVAJAL MADERO.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 118.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE FINANZAS.

PAGO DEL FBC POR RETIRO

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
PAGO DE LOS BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS POR RETIRO	SEGUN LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS DEL FONDO (FBC).

OBJETIVO DEL TRAMITE
HACER EFECTIVO EL PAGO DE BENEFICIOS POR RETIRO A LOS DERECHOHABIENTES QUE PERTENECEN A LOS SINDICATOS FIRMANTES DEL CONVENIO DEL FONDO DE BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES	AREA DE POLIZAS

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
GRATUITO	▲ CHEQUE NOMINATIVO POR CONCEPTO DE PAGO DE LOS BENEFICIOS DEL CONVENIO.	2 AÑOS A PARTIR DE LA BAJA DEL SERVICIO

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV QUE PERTENECEN A LOS SINDICATOS FIRMANTES DEL CONVENIO.	NINGUNO

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	UBICACION DE LA OFICINA
8:00 A 15:00 HRS.	JOSE MA. MATA No. 2 PLANTA BAJA ZONA CENTRO. CP. 91000. XALAPA, VERACRUZ

REQUISITOS

1. OFICIO DE SOLICITUD SINDICAL EN ORIGINAL Y UNA COPIA.

PRESENTAR COMPLETA LA SIGUIENTE DOCUMENTACION DEL DERECHOHABIENTE ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA:

2. OFICIO DE SOLICITUD POR ESCRITO DEL BENEFICIARIO.
3. HOJA CURRICULAR DE SERVICIOS.
4. BAJA DEL SERVICIO POR JUBILACION.
5. ACTA DE NACIMIENTO DEL DERECHOHABIENTE.
6. ACUERDO DEL IPE.
7. ULTIMO TALON DE PAGO.

FUNDAMENTO JURIDICO

- CONVENIOS DE ADMINISTRACION DEL FONDO DE BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS SUSCRITOS EN EL AÑO DE 1992 CON LOS SINDICATOS: SNTE SECCION 56, SETSE, SUTSEM, SDTEV, STENV Y MAGISTERIAL VERACRUZANO CROC.
- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. JORGE ALBERTO CARVAJAL MADERO.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 118.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE FINANZAS.

PAGO DEL FBC POR INCAPACIDAD

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
PAGO DE LOS BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS POR INCAPACIDAD	60 DIAS A LA INTEGRACION COMPLETA DE LA DOCUMENTACION.

OBJETIVO DEL TRAMITE
HACER EFECTIVO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS POR INCAPACIDAD QUE OTORGA EL CONVENIO DEL FONDO DE BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS A LOS DERECHOHABIENTES

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES	AREA DE POLIZAS

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
GRATUITO	♦ CHEQUE NOMINATIVO POR CONCEPTO DE PAGO DE LOS BENEFICIOS DEL CONVENIO	2 AÑOS A PARTIR DE LA BAJA POR INCAPACIDAD

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV QUE PERTENECEN A LOS SINDICATOS FIRMANTES DEL CONVENIO	NINGUNO

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	UBICACION DE LA OFICINA
8:00 A 15:00 HRS.	JOSE MA. MATA No. 2 PLANTA BAJA ZONA CENTRO. CP. 91000. XALAPA, VERACRUZ.

REQUISITOS

1. OFICIO DE SOLICITUD DEL SINDICATO EN ORIGINAL Y UNA COPIA.

PRESENTAR COMPLETA LA SIGUIENTE DOCUMENTACION DEL DERECHOHABIENTE ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA:

2. OFICIO DE SOLICITUD PERSONAL.
3. HOJA CURRICULAR DE SERVICIOS.
4. BAJA POR INCAPACIDAD.
5. ACTA DE NACIMIENTO DEL DERECHOHABIENTE.
6. DICTAMEN MEDICO.
7. DICTAMEN DEL MEDICO DESIGNADO POR EL SSTEEV.
8. DICTAMEN DEL IPE.
9. ULTIMO TALON DE PAGO.
10. ACTA DE NACIMIENTO.

FUNDAMENTO JURIDICO

- CONVENIOS DE ADMINISTRACION DEL FONDO DE BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS SUSCRITOS EN EL AÑO DE 1992 CON LOS SINDICATOS: SNTE SECCION 56, SETSE, SUTSEM, SDTEV, STENV Y MAGISTERIAL VERACRUZANO CROC.
- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. JORGE ALBERTO CARVAJAL MADERO.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 118.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE FINANZAS.

PAGO DEL FBC POR DEFUNCIÓN

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
PAGO DE LOS BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS POR DEFUNCION	45 DIAS A LA INTEGRACION COMPLETA DE LA DOCUMENTACION

OBJETIVO DEL TRAMITE
HACER EFECTIVO EL PAGO DE LA PRESTACION OTORGADA POR EL CONVENIO DEL FONDO DE BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS A LOS BENEFICIARIOS DESIGNADOS

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES	AREA DE POLIZAS

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
GRATUITO	• CHEQUE NOMINATIVO POR CONCEPTO DE PAGO DE LOS BENEFICIOS DEL CONVENIO.	2 AÑOS A PARTIR DE LA DEFUNCION PARA RECLAMAR EL PAGO

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
BENEFICIARIOS DE DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV QUE PERTENECEN A LOS SINDICATOS FIRMANTES DEL CONVENIO.	NINGUNO
HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	**UBICACION DE LA OFICINA**
8:00 A 15:00 HRS.	JOSE MA.MATA No. 2 PLANTA BAJA ZONA CENTRO. C.P. 91000. XALAPA, VERACRUZ.

REQUISITOS

1. OFICIO DE SOLICITUD DEL SINDICATO EN ORIGINAL Y UNA COPIA

PRESENTAR COMPLETA LA SIGUIENTE DOCUMENTACION DEL DERECHOHABIENTE EN ORIGINAL O COPIA CERTIFICADA:

2. OFICIO DE SOLICITUD PERSONAL.
3. HOJA CURRICULAR DEL SERVICIO.
4. BAJA POR DEFUNCION.
5. ACTA DE NACIMIENTO DEL DERECHOHABIENTE.
6. ACTA DE DEFUNCION DEL DERECHOHABIENTE.
7. ACTA DE NACIMIENTO DE BENEFICIARIOS.
8. ULTIMO TALON DE PAGO.
9. TESTAMENTO DEL SSTEEV O RESOLUCION JUDICIAL.

FUNDAMENTO JURIDICO

- CONVENIOS DE ADMINISTRACION DEL FONDO DE BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS SUSCRITOS EN EL AÑO DE 1992 CON LOS SINDICATOS: SNTE SECCION 56, SETSE, SUTSEM, SDTEV, STENV Y MAGISTERIAL VERACRUZANO CROC.
- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. JORGE ALBERTO CARVAJAL MADERO.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 118.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE FINANZAS.

SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACIÓN

VENTAS A CRÉDITO A DERECHOHABIENTES SIN INTERESES EN FARMACIAS

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
VENTAS A CREDITO A DERECHOHABIENTES SIN INTERESES DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BASICOS	5 MINUTOS EN CAJA

OBJETIVO DEL TRAMITE
BRINDAR LA FACILIDAD PARA ADQUIRIR MEDICINAS Y PRODUCTOS BASICOS A LOS DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION	FARMACIAS DEL MAGISTERIO

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
EL IMPORTE DE LAS VENTAS	♣ PAGARE: UN TANTO.	CUATRO QUINCENAS DESPUES DE REALIZAR LA COMPRA A CREDITO

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV.	PAGARE

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	UBICACION DE LA OFICINA
VER ANEXO	VER ANEXO

REQUISITOS

1. CREDENCIAL DE AFILIACION AL SSTEEV VIGENTE: EN ORIGINAL Y UNA COPIA.
2. ULTIMO TALON DE CHEQUE: EN ORIGINAL Y UNA COPIA.
3. FIRMAR EL PAGARE CORRESPONDIENTE: EN TRES TANTOS.
4. EL IMPORTE DEL CREDITO COMO MINIMO DEBE SER DE $300.00 Y MAXIMO DE $2000.00.
5. EL DERECHOHABIENTE DEBE TENER UNA PERCEPCION NETA DEL 100% DE MAS DEL IMPORTE QUE REPRESENTE EL PAGO QUINCENAL DEL CREDITO.

NOTA: SI EL QUE REALIZA LA COMPRA A CREDITO ES UN MENSAJERO DEL DERECHOHABIENTE, PRESENTAR ADEMAS: SU CREDENCIAL DE ELECTOR: EN ORIGINAL Y UNA COPIA.

FUNDAMENTO JURIDICO

- ACUERDO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. PORFIRIO JIMENEZ HERNANDEZ

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 122

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION.

PAGARÉ DE VENTAS A CRÉDITO SIN INTERESES EN FARMACIAS

SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ

PAGARE

FOLIO

NOMBRE DEL DERECHOHABIENTE (1) | No. DE AFILIACION (2) | No. DE PERSONAL (3)

DIRECCION/COLONIA (4)

CIUDAD (5) | TELEFONO PARTICULAR (6)

OFICINA PAGADORA (7) | DEPENDENCIA (8) | TELEFONO DEPENDENCIA (9)

PERCEPCION NETA QUINCENAL _____ (10) CON NUMERO (_____ (11) CON LETRA)

CREDITO POR $: _____ (12) UNICAMENTE EL IMPORTE DE LA COMPRA

DESCUENTO QUINCENAL POR $: _____ (13)

SELLO FARMACIA

DEBO Y PAGARE INCONDICIONALMENTE AL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ, la cantidad de $ _____ (14) (_____ (15)) M. N. en calidad de crédito cuyo importe se soporta con el comprobante de compra de la farmacia _____ (16), anexo al presente documento, cuya suma cubriré mediante 4 abonos quincenales sucesivos y que autorizo a descontar de mi sueldo a la oficina que me lo paga, con preferencia a cualesquiera otros pagos o deducciones y que los entreguen por mi cuenta al S.S.T.E.E.V. También estoy conforme que en caso mi separación del servicio, el último sueldo o sueldos que deba recibir se apliquen al pago del adeudo que tenga en esa fecha con dicha Institución. Si por cualquiera razón no se me hiciera la retención debida como abono de este adeudo, me comprometo a notificar inmediatamente a la oficina pagadora. En caso de separación del servicio o falta de DOS pagos consecutivos, el S.S.T.E.E.V. podrá dar por vencido el plazo de esta operación y exigir el total de la cantidad. Asimismo acepto sujetarme al clausulado que aparece al reverso de este Pagaré. Para el caso de juicio me someto a los tribunales de la Ciudad de Xalapa, Ver., y renuncio expresamente al fuero de mi domicilio y a cualquier otro que la Ley me conceda.

_____ (17)
LUGAR Y FECHA

_____ (18)
FIRMA DEL INTERESADO

Contrato de compra-venta de tracto sucesivo que celebran el (la) C. _____ (19) a quien en lo sucesivo se le denominará **"EL TRABAJADOR"** y el Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz a quien en lo sucesivo se le denominará **"El S.S.T.E.E.V."**, con respecto a los productos adquiridos en las Farmacias del Magisterio, por lo que se someten a las siguientes:

DECLARACIONES:

I.- Manifiesta **"EL TRABAJADOR"** que acepta la venta a crédito, y reconoce la obligación de pagar el precio de la misma a través de descuentos vía nómina y que respetará, en el caso de los sindicalizados, las condiciones del contrato de compra-venta de tracto sucesivo convenido entre su organización sindical y **"El S.S.T.E.E.V."**, así como las cláusulas de este contrato.

II.- **"EL TRABAJADOR"** manifiesta estar afiliado a **"El S.S.T.E.E.V."**

III.- Por su parte, **"El S.S.T.E.E.V."**, acepta vender al trabajador contratante y manifiesta que respetará las cláusulas de este contrato y en su caso las condiciones del contrato de compra-venta de tracto sucesivo celebrado con las organizaciones sindicales.

Por lo que libres de coacción alguna, ambas partes lo sujetan a las siguientes:

CLAUSULAS:

Primera.- La presente operación de compra-venta es a crédito, y el precio de la misma se fija en el anverso del pagaré, así como el pago quincenal que hará **"EL TRABAJADOR"** vía nómina.

Segunda.- Sólo tendrán derecho a los beneficios del presente contrato todos aquellos trabajadores del ramo educativo que se encuentren afiliados y coticen a **"EL S.S.T.E.E.V."**.

Tercera.- Las compras a crédito a que se refiere este convenio por ningún motivo podrán causar interés alguno a favor de **"El S.S.T.E.E.V."**, es decir el precio de las compras a crédito será el mismo que el precio de las compras al contado.

Cuarta.- Las compras únicamente las podrá realizar personalmente el interesado, para lo cual deberá presentar la credencial vigente de afiliación a **"El S.S.T.E.E.V."** y el último talón de cheque o pago y una copia fotostática de ambas para su cotejo, mismas que quedarán en poder de **"El S.S.T.E.E.V."**, así como la suscripción del pagaré en el momento de efectuar las compras. En caso de imposibilidad de asistencia del interesado por causas de salud, podrá solicitar a una persona de su confianza realice el trámite pero invariablemente el derechohabiente suscribirá el pagaré. La persona de confianza del interesado tendrá el carácter de su mensajero y dejará al momento de hacer el trámite una copia de su credencial de elector junto con los demás requisitos.

Quinta.- La entrega de los productos será al momento de llevar a cabo la compra.

Sexta.- Las farmacias no estarán obligadas a aceptar la compra si el interesado o personas autorizadas por imposibilidad del asegurado, no presentan los documentos que menciona la cláusula cuarta de este contrato.

Séptima.- El importe del crédito que se otorgue será como mínimo el de $300.00 y como máximo el de $1,000.00 en las compras, debiendo tener en ambos supuestos el interesado una percepción neta del 100% de mas del importe que represente el pago quincenal, a fin de garantizar debidamente la liquidación del adeudo en cuatro quincenas sucesivas.

Octava.- El interesado acepta la venta a plazos y reconoce la obligación de pagar el precio de la misma a través de descuentos de la nómina.

Novena.- El interesado autoriza con la firma del pagaré, a su oficina pagadora, para que se efectúen en el número y monto fijados, los pagos vía nómina directo de su salario. Esta autorización se entiende como mandato, sin reserva del monto porcentual que implique cada pago con relación al total de sus percepciones, ya que reviste el carácter de pago a un tercero en su nombre y representación.

Décima.- El primer descuento se efectuará, en promedio, transcurrido un mes después de la compra que realice el derechohabiente.

Décima primera.- En el caso de que el derechohabiente haya realizado una compra a crédito, tendrá que liquidar este para poder obtener un nuevo crédito.

Décima segunda.- En el caso de que el derechohabiente haya realizado una compra a crédito y éste termine su relación laboral con la Institución para la que trabajaba, esta deberá dar aviso a **"EL S.S.T.E.E.V."**.

Décima tercera.- Cualquier reclamación derivada de este convenio o de alguna de las compras efectuadas por algún derechohabiente, deberá hacerse a través de la representación de su organización sindical o directamente en las oficinas de **"EL S.S.T.E.E.V."**.

Décima cuarta.- Para efectos del cumplimiento de este contrato, cualquier cambio de domicilio del comprador deberá notificarlo por escrito de manera inmediata al vendedor, así como también cualquier variación de su relación laboral.

Décima quinta.- Este contrato surtirá efectos desde el día primero de octubre del año 2000 y su vigencia será hasta que una de las partes decida voluntariamente terminarlo, dando aviso por escrito a la otra con 60 días de anticipación.

Se firma este pagaré a los _____ (20) **días del mes de** _____ (21) **del año** _____ (22).

_____ (23)
VENDEDOR

_____ (24)
COMPRADOR

PAGARÉ DE VENTAS A CRÉDITO SIN INTERESES EN FARMACIAS: INSTRUCTIVO DE LLENADO

1. **Nombre**

   Anotar el nombre completo del afiliado tal y como aparece en la credencial de afiliación del SSTEEV.

2. **No. de Afiliación**

   Anotar el número de afiliación completo del derechohabiente tomado de la credencial de afiliación del SSTEEV.

3. **No. de Personal**

   Anotar el número de personal tomado del talón de pago de la dependencia a la que pertenece.

4. **Dirección Colonia**

   Anotar la dirección y colonia que proporcione el derechohabiente al preguntárselo directamente.

5. **Ciudad**

   Anotar el nombre de la ciudad que proporcione el derechohabiente al preguntárselo directamente

6. **Teléfono Particular**

   Anotar el número telefónico que nos proporcione el derechohabiente al preguntárselo directamente (no indispensable).

7. **Oficina Pagadora**

   Anotar el nombre de la oficina pagadora tal y como aparece en el talón de pago del derechohabiente.

8. **Dependencia**

   Anotar el nombre de la dependencia que proporcione el derechohabiente al preguntárselo directamente (lugar donde trabaja).

PAGARÉ DE VENTAS A CRÉDITO SIN INTERESES EN FARMACIAS: INSTRUCTIVO DE LLENADO

9. Teléfono de la Dependencia

Anotar el número telefónico que proporcione el derechohabiente al preguntárselo directamente (no indispensable).

10. Percepción Neta Quincenal con Número

Anotar la percepción neta del derechohabiente en número, incluyendo los descuentos, tomada del talón de pago.

11. Percepción Neta Quincenal con Letra

Anotar la percepción neta del derechohabiente en letra, incluyendo los descuentos tomada del talón de pago.

12. Crédito por $

Registrar el importe de la compra del derechohabiente.

13. Descuento Quincenal por $

Registrar el importe que resulte de dividir el total de la compra entre cuatro quincenas.

14. $_____

Registrar con número el importe de la compra del derechohabiente.

15. (_____)

Registrar con letra el importe de la compra del derechohabiente..

16. Nombre de la Farmacia

Anotar el nombre de la farmacia en la cual se otorgo el crédito.

17. Lugar y Fecha

Anotar el nombre de la ciudad donde esta ubicada la farmacia otorgante del crédito, así como la fecha en que se solicitó y otorgó el crédito.

18. Firma del Interesado

Registrar la firma del derechohabiente de su puño y letra en presencia del personal que está realizando el trámite; solamente se exceptuará esta regla cuando se presente la hipótesis de la cláusula cuarta del contrato anverso al pagaré.

ANVERSO

19. Nombre

Anotar el nombre del derechohabiente tomado de su credencial de afiliación al SSTEEV.

20. Días

Registrar con número el día en que se otorga el crédito.

21. Mes

Anotar el mes en que se otorga el crédito.

22. Año

Anotar el año en que se otorga el crédito.

23. Vendedor

Registrar la firma del trabajador de la farmacia que realizó la venta a crédito.

24. Comprador

Registrar la firma del derechohabiente al que se le otorgue el crédito.

VENTA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BÁSICOS

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
VENTA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS BASICOS	5 MINUTOS EN MOSTRADOR

OBJETIVO DEL TRAMITE
PROPORCIONAR SERVICIO DE VENTA DE MEDICAMENTOS

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION	FARMACIAS DEL MAGISTERIO

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
EL IMPORTE DE LAS VENTAS.	▲ TICKET DE CAJA.	NO APLICA

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
PUBLICO EN GENERAL	NINGUNO
HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	**UBICACION DE LA OFICINA**
VER ANEXO	VER ANEXO

REQUISITOS
NINGUNO

FUNDAMENTO JURIDICO
- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV. - ART. 2 DE LA LEY DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES								
ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. PORFIRIO JIMENEZ HERNANDEZ

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 122.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION.

COBRO DE SERVICIOS DIVERSOS

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
COBRO DE SERVICIOS DIVERSOS	5 MINUTOS EN CAJA

OBJETIVO DEL TRAMITE

BRINDARLE A LOS DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV EL COBRO DE LOS SERVICIOS DE: ENERGIA ELECTRICA, AGUA, TELEFONO Y TELEVISION POR CABLE.

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION	FARMACIAS DEL MAGISTERIO EN XALAPA, COATEPEC Y XICO

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
GRATUITO	♣ TICKET DE CAJA. ♣ COMPROBANTE SELLADO DEL SERVICIO PAGADO.	NO APLICA

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV.	NINGUNO

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO

	LUNES A SABADO	DOMINGO
XALAPA, VERACRUZ:		
1. JOSE MA. MATA No. 2	8:00 A. 01:00 HRS.	
2. REVOLUCION No. 11.	8:00 A. 21:00 HRS.	
3. PLAZA CRYSTAL LOCAL 15	8:00 A. 21:00 HRS.	8:30 A. 21:00 HRS.
4. A. RUIZ CORTINES No. 131.	8:00 A. 24:00 HRS.	8:30 A. 21:00 HRS.
5. P. CRYSTAL MUSEO LOC. 9.	9:00 A. 21:00 HRS.	9:00 A. 21:00 HRS.
COATEPEC, VERACRUZ		
1. JUAN SOTO No. 8.	8:00 A. 21:00 HRS.	8:30 A. 15:00 HRS.
XICO, VERACRUZ		
1. HIDALGO No. 144.	8:00 A. 21:00 HRS.	8:30 A. 15:00 HRS.

UBICACION DE LA OFICINA

XALAPA, VERACRUZ:
1. JOSE MA. MATA No. 2, COL CENTRO
2. REVOLUCION No. 11, COL. CENTRO
3. PLAZA CRYSTAL LOCAL 15, COL. ENCINAL
4. ADOLFO RUIZ CORTINES No. 1313, COL. FERRER GUARDIA
5. PLAZA CRYSTAL MUSEO LOCAL 9, COL. OBRERO CAMPESINA

COATEPEC, VERACRUZ:
1. JUAN SOTO No. 8, COL. CENTRO

XICO, VERACRUZ:
1. HIDALGO No. 144, COL. CENTRO

REQUISITOS

1. SER DERECHOHABIENTE DEL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION DEL ESTADO DE VERACRUZ.
2. PRESENTAR RECIBO DEL SERVICIO A PAGAR (ENERGIA ELECTRICA, AGUA, TELEFONO Y TELEVISION POR CABLE) HASTA DOS DIAS ANTES DEL VENCIMIENTO DE PAGO.
3. CUBRIR EL IMPORTE DEL RECIBO DEL SERVICIO.

NOTA: EL COBRO DE AGUA SOLO SE REALIZA EN FARMACIAS DE XALAPA Y TIENDA DE ELECTRODOMESTICOS DE XALAPA.

FUNDAMENTO JURIDICO

- CONTRATO DE COBRANZA CON EL H. AYUNTAMIENTO DE XALAPA (CMAS).
- CONTRATOS DE COBRANZA CON ORGANISMOS FEDERALES.
- CONTRATO DE COBRANZA CON ORGANISMO PARTICULAR: MEGACABLE.
- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. PORFIRIO JIMENEZ HERNANDEZ.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 122.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION.

CAMBIO DE CHEQUES NOMINATIVOS OFICIALES EN LA COMPRA MÍNIMA DEL 3%

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
CAMBIO DE CHEQUES NOMINATIVOS OFICIALES EN LA COMPRA MINIMA DEL 3%	5 MINUTOS EN CAJA

OBJETIVO DEL TRAMITE

BRINDARLE A LOS DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV EL CAMBIO DE CHEQUES NOMINATIVOS OFICIALES EN LA COMPRA MINIMA DEL 3%

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION	FARMACIAS DEL MAGISTERIO EN XALAPA, COATEPEC Y XICO

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
GRATUITO	♣ TICKET DE CAJA.	NO APLICA

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV.	NINGUNO

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO			UBICACION DE LA OFICINA
XALAPA, VERACRUZ:	LUNES A SABADO	DOMINGO	XALAPA, VERACRUZ:
1. JOSE MA. MATA No. 2.	8:00 A. 01:00 HRS.		1. JOSE MA. MATA No. 2, COL CENTRO
2. REVOLUCION No. 11.	8:00 A. 21:00 HRS.		2. REVOLUCION No. 11, COL. CENTRO
3. PLAZA CRYSTAL LOCAL 15.	8:00 A. 21:00 HRS.	8:30 A. 21:00 HRS.	3. PLAZA CRYSTAL LOCAL 15, COL. ENCINAL
4. A. RUIZ CORTINES No. 131.	8:00 A. 24:00 HRS.	8:30 A. 21:00 HRS.	4. ADOLFO RUIZ CORTINES No. 1313, COL. FERRER GUARDIA
5. P. CRYSTAL MUSEO LOC. 9.	9:00 A. 21:00 HRS.	9:00 A. 21:00 HRS.	5. PLAZA CRYSTAL MUSEO LOCAL 9, COL. OBRERO CAMPESINA
COATEPEC, VERACRUZ:			COATEPEC, VERACRUZ:
1. JUAN SOTO No. 8.	8:00 A. 21:00 HRS.	8:30 A. 15:00 HRS.	1. JUAN SOTO No. 8, COL. CENTRO
XICO, VERACRUZ:			XICO, VERACRUZ:
1. HIDALGO No. 144.	8:00 A. 21:00 HRS.	8:30 A. 15:00 HRS.	1, HIDALGO No. 144, COL. CENTRO

REQUISITOS

1. EXHIBIR CREDENCIAL DEL ORGANISMO SINDICAL.
2. CHEQUE NOMINATIVO DE DEPENDENCIA OFICIAL, CON UN MINIMO DE COMPRA DEL 3%.

FUNDAMENTO JURIDICO

- ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. PORFIRIO JIMENEZ HERNANDEZ

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 122

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION.

VENTAS A CRÉDITO A DERECHOHABIENTES DE ARTÍCULOS DE LÍNEA BLANCA Y ELECTRODOMÉSTICOS

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
VENTAS A CREDITO A DERECHOHABIENTES DE ARTICULOS DE LINEA BLANCA Y ELECTRODOMESTICOS	10 MINUTOS EN CAJA

OBJETIVO DEL TRAMITE
BRINDAR LA FACILIDAD A LOS DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV DE ADQUIRIR ARTICULOS DE LINEA BLANCA Y ELECTRODOMÉSTICOS A CREDITO

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION	TIENDA DE ELECTRODOMESTICOS DEL MAGISTERIO

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
EL IMPORTE DE LAS VENTAS Y EL INTERES DEL CREDITO DE 1.5% MENSUAL.	▲ PAGARE: UN TANTO. ▲ TICKET DE CAJA.	12 O 24 QUINCENAS

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
DERECHOHABIENTES DEL SSTEEV.	PAGARE

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	UBICACION DE LA OFICINA
XALAPA: LUNES A VIERNES DE 10:00 A 20:00 HORAS. Y SABADO DE 10:00 A 14:00 Y DE 16:00 A 20:00 HRS. SAN ANDRES TUXTLA: LUNES A SABADO DE 9:00 A 21:00 HRS. DOMINGO DE 9:00 A 15:00 HRS.	XALAPA: CALLE MORELOS NO. 43 , "PLAZA MORELOS", ZONA CENTRO, C.P. 91000. TELEFONO: 01(228) 818.49.43 SAN ANDRES TUXTLA: FRANCISCO I. MADERO NO. 8, "PLAZA DEL ANGEL", ZONA CENTRO. TELEFONO: 01 (294) 942.68.72

REQUISITOS

1. CREDENCIAL DE AFILIACION AL SSTEEV VIGENTE: EN ORIGINAL Y COPIA.
2. ULTIMO TALON DE CHEQUE: EN ORIGINAL Y COPIA.
3. FIRMAR EL PAGARE CORRESPONDIENTE: EN TRES TANTOS.
4. TENER UNA PERCEPCION NETA QUINCENAL MÍNIMA DE $1,000.00.

NOTA: EL IMPORTE MINIMO DEL CREDITO ES DE $500.00 Y MAXIMO DE $24,000.00.

FUNDAMENTO JURIDICO

- ACUERDO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES

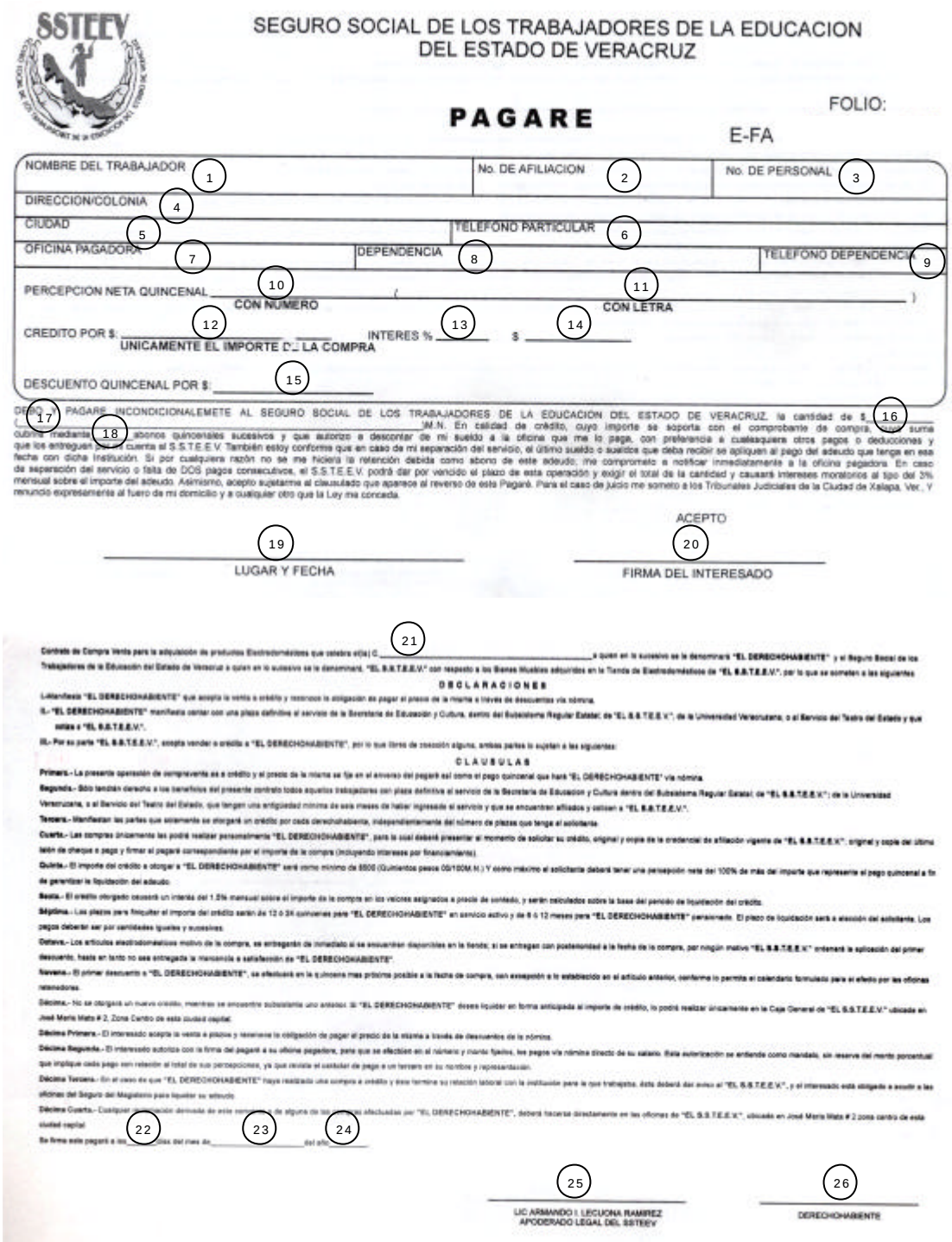
ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. PORFIRIO JIMENEZ HERNANDEZ.

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 122.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION.

PAGARÉ DE VENTAS A CRÉDITO DE ARTÍCULOS DE LÍNEA BLANCA Y ELECTRODOMÉSTICOS



SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACION
DEL ESTADO DE VERACRUZ

PAGARE

FOLIO:
E-FA

NOMBRE DEL TRABAJADOR (1) | No. DE AFILIACION (2) | No. DE PERSONAL (3)

DIRECCION/COLONIA (4)

CIUDAD (5) | TELEFONO PARTICULAR (6)

OFICINA PAGADORA (7) | DEPENDENCIA (8) | TELEFONO DEPENDENCIA (9)

PERCEPCION NETA QUINCENAL (10) CON NUMERO ((11) CON LETRA)

CREDITO POR $: (12) UNICAMENTE EL IMPORTE DE LA COMPRA INTERES % (13) $ (14)

DESCUENTO QUINCENAL POR $: (15)

DEBO (Y) PAGARE INCONDICIONALEMETE AL SEGURO SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL ESTADO DE VERACRUZ, la cantidad de $ (16) ( )M.N. En calidad de crédito, cuyo importe se soporta con el comprobante de compra (17) suma cubierta mediante (18) abonos quincenales sucesivos y que autorizo a descontar de mi sueldo a la oficina que me lo paga, con preferencia a cualesquiera otros pagos o deducciones y que los entreguen a mi cuenta al S.S.T.E.E.V. También estoy conforme que en caso de mi separación del servicio, el último sueldo o sueldos que deba recibir se apliquen al pago del adeudo que tenga en esa fecha con dicha Institución. Si por cualquiera razón no se me hiciera la retención debida como abono de este adeudo, me comprometo a notificar inmediatamente a la oficina pagadora. En caso de separación del servicio o falta de DOS pagos consecutivos, el S.S.T.E.E.V. podrá dar por vencido el plazo de esta operación y exigir el total de la cantidad y causará intereses moratorios al tipo del 3% mensual sobre el importe del adeudo. Asimismo, acepto sujetarme al clausulado que aparece al reverso de este Pagaré. Para el caso de juicio me someto a los Tribunales Judiciales de la Ciudad de Xalapa, Ver., Y renuncio expresamente al fuero de mi domicilio y a cualquier otro que la Ley me conceda.

ACEPTO

(19) LUGAR Y FECHA

(20) FIRMA DEL INTERESADO

(21) Contrato de Compra Venta para la adquisición de productos Electrodomésticos que celebra el(la) C. _____ a quien en lo sucesivo se le denominará **"EL DERECHOHABIENTE"** y el Seguro Social de los Trabajadores de la Educación del Estado de Veracruz o quien en lo sucesivo se le denominará, **"EL S.S.T.E.E.V."** con respecto a los Bienes Muebles adquiridos en la Tienda de Electrodomésticos de **"EL S.S.T.E.E.V."**, por lo que se someten a las siguientes

D E C L A R A C I O N E S

I.-Manifiesta **"EL DERECHOHABIENTE"** que acepta la venta a crédito y reconoce la obligación de pagar el precio de la misma a través de descuentos vía nómina.

II.- **"EL DERECHOHABIENTE"** manifiesta contar con una plaza definitiva al servicio de la Secretaría de Educación y Cultura, dentro del Subsistema Regular Estatal; de **"EL S.S.T.E.E.V."**; de la Universidad Veracruzana; o al Servicio del Teatro del Estado y que estas a **"EL S.S.T.E.E.V."**.

III.- Por su parte **"EL S.S.T.E.E.V."**, acepta vender a crédito a **"EL DERECHOHABIENTE"**, por lo que libres de coacción alguna, ambas partes lo sujetan a las siguientes:

C L A U S U L A S

Primera.- La presente operación de compraventa es a crédito y el precio de la misma se fija en el anverso del pagaré así como el pago quincenal que hará **"EL DERECHOHABIENTE"** vía nómina.

Segunda.- Sólo tendrán derecho a los beneficios del presente contrato todos aquellos trabajadores con plaza definitiva al servicio de la Secretaría de Educación y Cultura dentro del Subsistema Regular Estatal; de **"EL S.S.T.E.E.V."**; de la Universidad Veracruzana, o al Servicio del Teatro del Estado, que tengan una antigüedad mínima de seis meses de haber ingresado al servicio y que se encuentren afiliados y cotizen a **"EL S.S.T.E.E.V."**.

Tercera.- Manifiestan las partes que solamente se otorgará un crédito por cada derechohabiente, independientemente del número de plazas que tenga el solicitante.

Cuarta.- Las compras únicamente las podrá realizar personalmente **"EL DERECHOHABIENTE"**, para lo cual deberá presentar al momento de solicitar su crédito, original y copia de la credencial de afiliación vigente de **"EL S.S.T.E.E.V."**, original y copia del último talón de cheque o pago y firmar el pagaré correspondiente por el importe de la compra (incluyendo intereses por financiamiento).

Quinta.- El importe del crédito a otorgar a **"EL DERECHOHABIENTE"** será como mínimo de $600 (Quinientos pesos 00/100M.N.) Y como máximo el solicitante deberá tener una percepción neta del 100% de más del importe que represente el pago quincenal a fin de garantizar la liquidación del adeudo.

Sexta.- El crédito otorgado causará un interés del 1.5% mensual sobre el importe de la compra en los valores asignados a precio de contado, y serán calculados sobre la base del periodo de liquidación del crédito.

Séptima.- Los plazos para finiquitar el importe del crédito serán de 12 ó 24 quincenas para **"EL DERECHOHABIENTE"** en servicio activo y de 6 ó 12 meses para **"EL DERECHOHABIENTE"** pensionado. El plazo de liquidación será a elección del solicitante. Los pagos deberán ser por cantidades iguales y sucesivas.

Octava.- Los artículos electrodomésticos motivo de la compra, se entregarán de inmediato si se encuentran disponibles en la tienda; si se entregan con posterioridad a la fecha de la compra, por ningún motivo **"EL S.S.T.E.E.V."** ordenará la aplicación del primer descuento, hasta en tanto no sea entregada la mercancía a satisfacción de **"EL DERECHOHABIENTE"**.

Novena.- El primer descuento a **"EL DERECHOHABIENTE"**, se efectuará en la quincena mas próxima posible a la fecha de compra, con excepción a lo establecido en el artículo anterior, conforme lo permita el calendario formulado para el efecto por las oficinas retenedoras.

Décima.- No se otorgará un nuevo crédito, mientras se encuentre subsistente uno anterior. Si **"EL DERECHOHABIENTE"** desea liquidar en forma anticipada el importe de crédito, lo podrá realizar únicamente en la Caja General de **"EL S.S.T.E.E.V."** ubicada en José María Mata # 2, Zona Centro de esta ciudad capital.

Décima Primera.- El interesado acepta la venta a plazos y reconoce la obligación de pagar el precio de la misma a través de descuentos de la nómina.

Décima Segunda.- El interesado autoriza con la firma del pagaré a su oficina pagadora, para que se efectúen en el número y monto fijados, los pagos vía nómina directo de su salario. Esta autorización se entiende como mandato, sin reserva del monto porcentual que implique cada pago con relación al total de sus percepciones, ya que revoca el carácter de pago a un tercero en su nombre y representación.

Décima Tercera.- En el caso de que **"EL DERECHOHABIENTE"** haya realizado una compra a crédito y deje terminar su relación laboral con la institución para la que trabajaba, ésta deberá dar aviso al **"EL S.S.T.E.E.V."**, y el interesado está obligado a acudir a las oficinas del Seguro del Magisterio para liquidar su adeudo.

Décima Cuarta.- Cualquier reclamación derivada de este contrato o de alguna de las cláusulas estipuladas por **"EL DERECHOHABIENTE"**, deberá hacerse directamente en las oficinas de **"EL S.S.T.E.E.V."**, ubicadas en José María Mata # 2 zona centro de esta ciudad capital.

Se firma este pagaré a los (22) días del mes de (23) del año (24)

(25) LIC ARMANDO I. LECUONA RAMIREZ
APODERADO LEGAL DEL SSTEEV

(26) DERECHOHABIENTE

1. Nombre del Derechohabiente

Anotar el nombre completo del afiliado tal y como aparece en la credencial de afiliación del SSTEEV.

2. No. de Afiliación

Anotar el número de afiliación completo del derechohabiente tomado de la credencial de afiliación del SSTEEV.

3. No. de Personal

Anotar el número de personal tomado del talón de pago de la dependencia a la que pertenece.

4. Dirección/Colonia

Anotar la dirección y colonia que proporcione el derechohabiente al preguntárselo directamente.

5. Ciudad

Anotar el nombre de la ciudad que proporcione el derechohabiente al preguntárselo directamente.

6. Teléfono Particular

Anotar el número telefónico que proporcione el derechohabiente al preguntárselo directamente (no indispensable).

7. Oficina Pagadora

Anotar el nombre de la oficina pagadora tal y como aparece en el talón de pago del derechohabiente.

8. Dependencia

Anotar el nombre de la dependencia que proporcione el derechohabiente al preguntárselo directamente (lugar donde trabaja).

9. Teléfono de la Dependencia

Anotar el número telefónico que proporcione el derechohabiente al preguntárselo directamente (no indispensable).

10. Percepción Neta Quincenal con Número

Anotar la percepción neta del derechohabiente con número, incluyendo los descuentos, tomada del talón de pago.

11. Percepción Neta Quincenal con Letra

Anotar la percepción neta del derechohabiente con letra, incluyendo los descuentos tomada del talón de pago.

12. Crédito por $

Anotar el importe al cual asciende la compra del derechohabiente sin intereses.

13. Intereses %

Anotar en pesos el importe de los intereses con el IVA correspondiente.

14. Sobre la línea $_____

Anotar el importe total de la compra incluyendo los intereses.

15. Descuento quincenal

Anotar el importe del descuento resultado de dividir el total de la compra entre veinticuatro o doce quincenas, según sea el plazo de la compra.

16. Sobre la línea $ _____

Anotar la cantidad con número correspondiente a la compra con intereses.

17. Sobre la línea (_____)

Anotar la cantidad con letra correspondiente a la compra con intereses.

18. Cuya suma cubriré mediante _____

Anotar el número de quincenas a descontar (24 ó 12) según el plazo pactado.

19. Lugar y Fecha

Registrar el lugar donde esta ubicada la tienda otorgante del crédito, así como la fecha en que se solicitó y otorgó el crédito.

20. Firma del Interesado

Registrar la firma del derechohabiente aceptando el crédito en presencia del personal que está realizando el trámite.

ANVERSO

21. Nombre

Anotar el nombre del derechohabiente tomado de su credencial de afiliación al SSTEEV.

22. Día

Anotar el día en que se otorga el crédito.

23. Mes

Anotar el mes en que se otorga el crédito.

24. Año

Anotar el año en que se otorga el crédito.

25. Firma del Apoderado Legal

Obtener la firma del apoderado legal del SSTEEV.

26. Firma del derechohabiente

Recabar la firma del derechohabiente al que se le otorgue el crédito.

VENTAS DE ARTÍCULOS DE LÍNEA BLANCA Y ELECTRODOMÉSTICOS

NOMBRE DEL TRAMITE O SERVICIO	TIEMPO DE RESPUESTA
VENTA DE ARTÍCULOS DE LÍNEA BLANCA Y ELECTRODOMESTICOS	10 MINUTOS EN CAJA

OBJETIVO DEL TRAMITE
PROPORCIONAR EL SERVICIO DE ARTÍCULOS DE LINEA BLANCA Y ELECTRODOMESTICOS

AREA RESPONSABLE	OFICINA EN LA QUE SE REALIZA EL TRAMITE O SERVICIO
SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION	TIENDA DE ELECTRODOMESTICOS DEL MAGISTERIO

COSTO	COMPROBANTE A OBTENER	VIGENCIA
EL IMPORTE DE LAS VENTAS.	♣ NOTA DE VENTA.	NO APLICA

USUARIOS	FORMATOS A UTILIZAR
PUBLICO EN GENERAL.	NINGUNO

HORARIO DE ATENCION AL PUBLICO	UBICACION DE LA OFICINA
XALAPA: LUNES A VIERNES DE 10:00 A 20:00 HORAS. Y SABADO DE 10:00 A 14:00 Y DE 16:00 A 20:00 HRS. SAN ANDRES TUXTLA: LUNES A DOMINGO DE 9:00 A 21:00 HRS. DOMINGO DE 9:00 A 15:00 HORAS	XALAPA: CALLE MORELOS NO. 43 , "PLAZA MORELOS". ZONA CENTRO, C.P. 91000. TELEFONO: 01(228) 818.49.43 SAN ANDRES TUXTLA: FRANCISCO I. MADERO NO. 8. "PLAZA DEL ANGEL". ZONA CENTRO. TELEFONO: 01 (294) 942.68.72

REQUISITOS
NINGUNO

FUNDAMENTO JURIDICO
- ACUERDO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACION DEL SSTEEV.

EXCLUSIVO PARA TRAMITES EMPRESARIALES								
ACTIVIDAD EMPRESARIAL SUJETA A ESTE TRAMITE			TIPO DE EMPRESA				PROPOSITO	
INDUSTRIAL	COMERCIAL	SERVICIOS	MICRO	PEQUEÑA	MEDIANA	GRANDE	INSTALACION	OPERACION

TITULAR AREA RESPONSABLE: C.P. PORFIRIO JIMENEZ HERNANDEZ

TELEFONO: 01 (228) 817.00.00 AL 03 EXT. 122.

LINEA ORGANICA: SUBDIRECCION DE COMERCIALIZACION

RELACIÓN DE AREAS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	DOMICILIO	ENCARGADO	TELÉFONO	HORARIO LUNES- VIERNES	HORARIO DOMINGO
Oficinas Centrales	José Ma. Mata No. 2 C.P. 91000 Xalapa, Ver.	C.P. Felipe Hakim Simón	(01228) 8170000 Ext. 115	9:00 A 15:00 Y DE 16:00 A 18:00 HRS.	_____

DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SOCIALES:

1. Area de Pólizas	José Ma. Mata No. 2 C.P. 91000 Xalapa, Ver.	C.P. Jorge A. Carvajal Madero	(01228) 8170000 Ext. 118	9:00 A 15:00 Y DE 16:00 A 18:00 HRS.	_____
2. Area de Préstamos	José Ma. Mata No. 2 C.P. 91000 Xalapa, Ver.	C.P. Jorge A. Carvajal Madero	(01228) 8170000 Ext. 137	9:00 A 15:00 Y DE 16:00 A 18:00 HRS.	_____
3. Area de Afiliación	José Ma. Mata No. 2 C.P. 91000 Xalapa, Ver.	C.P. Jorge A. Carvajal Madero	(01228) 8170000 Ext. 118	9:00 A 15:00 Y DE 16:00 A 18:00 HRS.	_____

FARMACIAS Y TIENDAS DE ELECTRODOMÉSTICOS:

ÁREA DE ADSCRIPCIÓN	DOMICILIO	ENCARGADO	TELÉFONO	HORARIO LUNES- SABADO	HORARIO DOMINGO
Farmacia Revolución	Revolución Nº 11, C.P. 91000, Xalapa, Ver	Rosario Avendaño Saldaña	(012288) 17-23-30	8:00 a 21:00 hrs	----------
Farmacia Mata	José Ma. Mata Nº 2, C.P. 91000, Xalapa, Ver	Ma. Tomasa Hernández Mota	(012288) 17-00-00	8:00 a 01:00 hrs	----------
Farmacia Crystal Xalapa	Plaza Crystal, local 15, C.P. 91170, Xalapa, Ver	Ma. De los Angeles Ortega Camacho	(012288) 14-30-03	8:00 a 21:00 hrs	8:30 a 21:00 hrs
Farmacia Crystal Museo	Plaza Crystal, local 9, C.P. 91010, Xalapa, Ver	Matilde García García	(012288) 15-30-54	9:00 a 21:00 hrs	9:00 a 21:00 hrs
Farmacia Ruíz Cortines	Av. Ruíz Cortines Nº 131, Xalapa, Ver	Ma. Del Pilar Cobos Barajas	(012288) 40-74-35	8:00 a 24:00 hrs	8:30 a 21:00 hrs
Farmacia Coatepec	Juan Soto Nº 8, C.P. 91500, Coatepec, Ver	Silvia García Mora	(012288) 16-28-87	8:00 a 21:00 hrs	8:30 a 15:00 hrs
Farmacia Xico	Hidalgo Nº 144, C.P. 91240, Xico, Ver	Elizabeth Velázquez Rolón	(012288) 13-09-28	8:00 a 21:00 hrs	8:30 a 15:00 hrs
Farmacia Cardel Centro	Venustiano Carranza Nº 4, C.P. 91680, Cardel, ver	Ma. De Lourdes Licona Ruíz	(0129696) 2-11-32	8:00 a 21:00 hrs	8:30 a 15:00 hrs
Farmacia Cardel Mercado	Flores Magón, Esq. Independencia, C.P. 91680, Cardel, Ver	Luz María Velázquez Díaz	(0129696) 2-21-72	8:00 a 21:00 hrs	8:00 a 15:00 hrs
Farmacia Pinos Veracruz	Matamoros Esq. Carmen Murillo, C.P. 91850, Veracruz, Ver	Hermelinda Teoba	(012299) 38-21-68	8:00 a 22:00 hrs	8:30 a 21:00 hrs
Farmacia Papantla	Aquiles Serdán Nº 408-B, C.P. 93400, Papantla, Ver	Rocio García Gutiérrez	(0178484) 2-32-58	8:00 a 21:00 hrs	8:00 a 20:00 hrs
Farmacia Ciudad Mendoza	Av. Hidalgo Nº 1000, Cdad. Mendoza, Ver	Evelia Castillo Moguel	(0127272) 6-99-99	8:00 a 21:00 hrs	9:00 a 21:00 hrs
Tienda de Electrodomésticos	Morelos Nº 43, C.P. 91000, Xalapa, Ver	Francisco Silvino Balderas Pablo	(012288) 18-49-43	10:00 a 20:00 hrs	_____
Farmacia y Tienda de Electrodomésticos	Francisco I. Madero Nº 8, C.P. 95700, San Andrés Tuxtla, Ver.	José Luis Paxtián Morán	(0129494) 2-68-72	9:00 a 21:00 hrs	9:00 a 15:00 hrs

AUTORIZACIÓN

MANUAL DE TRÁMITES Y SERVICIOS

Xalapa, Ver. , marzo de 2004

C.P. Felipe Hakim Simón
Director-Gerente

C.P. Gilberto Mendoza López
Subdirector de Finanzas

Lic. Naú Cessa Figueroa
Subdirector de Administración

C.P. Porfirio Jiménez Hernández
Subdirector de Comercialización

Lic. Armando I. Lecuona Ramírez
Jefe de la Unidad Jurídica

C.P. Jorge A. Carvajal Madero
Jefe del Departamento de Prestaciones Sociales

Nota: Manual Autorizado por el Consejo de Administración en la LIV Sesión Ordinaria, de fecha 30 de marzo de 2004.